

Spiritual Care

**Interprofessionelle Zusammenarbeit und Bewältigung
existentieller Krisen in der ökonomisierten Medizin**

INAUGURAL – DISSERTATION
zur Erlangung der Doktorwürde der
Theologischen Fakultät der Universität Zürich
in Theologie

vorgelegt von
Regula Gasser von Belp
2019

Die Theologische Fakultät genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. Ralph Kunz und Prof. Dr. Isabelle Noth die vorliegende Dissertation, ohne damit zu den darin ausgesprochenen Anschauungen Stellung zu nehmen.

Zürich, den 23.09.2019

Der Dekan: Prof. Dr. Peter Opitz

Inhaltsverzeichnis

I EINFÜHRUNG

| | |
|---|----------|
| 1. Einleitung und Ausgangslage | 6 |
| 1.1 Projektüberblick | 8 |
| 1.2 Konzeption des Forschungsprojekts | 11 |
| 1.3 Zielsetzung, Fragestellungen und Forschungsmethoden | 12 |

II ENTWICKLUNG DER CHRISTLICHEN SPIRITUALITÄT

| | |
|---|------------|
| 2. Entwicklung der christlichen Spiritualität | 155 |
| 2.1 Eingrenzung der Literatur | 15 |
| 2.2 Die Bedeutung der Aszetik in der Theologie | 26 |
| 2.3 Kriterien einer reformatorischen Spiritualität | 31 |
| 2.4 Methodik der theologischen Spiritualitätsforschung | 35 |
| 2.5 Verhältnisbestimmung von Religiosität und Spiritualität | 38 |
| 2.6 Die Religiöse Entwicklung in der Schweiz und in Europa | 47 |
| 2.6.1 Erklärungsmodelle für die religiöse Entwicklung | 48 |
| 2.7 Die Abhängigkeit der Spiritualitätsrezeption von soziokulturellen Entwicklungen | 52 |
| 3. Das Verständnis von Spiritualität in der Seelsorge | 56 |
| 3.1 Seelsorge und theologische Anthropologie in der Reformationszeit | 60 |
| 3.2 Seelsorge und theologische Anthropologie im Pietismus | 61 |
| 3.3 Seelsorge und theologische Anthropologie des 20. und beginnenden 21. Jahrhunderts | 63 |
| 3.3.1 Die Liberale Theologie am Übergang vom 19. zum 20. Jahrhundert | 63 |
| 3.3.2 Die Kerygmatische Seelsorge (1920-1960) | 66 |
| 3.3.3 Die Therapeutische Seelsorge | 70 |
| 3.3.4 Die Systemische Seelsorge | 73 |
| 3.3.5 Zusammenfassende Schlussfolgerungen | 74 |
| 4. Seelsorgliche Begleitung im Kontext des religiösen Pluralismus | 77 |
| 4.1 Die Interreligiöse Seelsorge | 77 |
| 4.2 Aktuelle Auseinandersetzungen zwischen der christlichen Seelsorge und dem Islam | 80 |
| 4.3 Christentum und Judentum im Dialog um das Sühneverständnis | 85 |
| 4.4 Der Buddhismus in der Auseinandersetzung mit den monotheistischen Religionen | 88 |
| 4.5 Schlussfolgerungen für die interreligiöse Ausgestaltung von Spiritual Care | 90 |

III SPIRITUAL CARE IN DER MEDIZIN

| | |
|--|-----------|
| 5. Spiritual Care als neuer Fachbereich in der Medizin | 92 |
| 5.1 Die Bedeutung von Spiritualität im Gesundheitswesen | 93 |
| 5.2 Das Spiritualitätsverständnis von Fachpersonen im Gesundheitswesen | 94 |
| 5.2.1 Das Interesse von ÄrztInnen an der Spiritual Care | 94 |
| 5.2.2 Spiritualitätskonzeptionen in den Pflege-theorien | 96 |
| 5.2.3 Objektivierung des Phänomens Spiritualität in der Psychologie | 102 |
| 5.2.4 Studienergebnisse zum Spiritualitätsverständnis von Fachpersonen in der Praxis | 107 |
| 5.2.5 Charakteristika der verschiedenen Spiritualitätskonzeptionen in der Praxis | 113 |
| 5.2.6 Seelsorge im medizinisch-therapeutischen Kontext | 118 |
| 5.2.7 Integration der Spitalseelsorge in das interprofessionelle Behandlungsteam | 119 |

| | |
|---|------------|
| 5.3 Klärung von Rollen in der Spiritual Care | 120 |
| 5.3.1 Die Rolle der Spitalseelsorge in der Spiritual Care | 121 |
| 5.3.2 Begriffliche Unschärfen bezüglich der interprofessionellen Rollendefinitionen | 122 |
| 5.4 Aktuelle internationale und gesundheitspolitische Entwicklungen | 123 |
| 5.5 Definitionen von Spiritualität und Spiritual Care | 124 |
| 5.5.1 Herausforderung der verschiedenen Spiritualitätsdefinitionen | 129 |
| 5.5.2 Das Neutralitätsparadigma | 130 |
| 5.5.3 Interventionsebenen von Spiritual Care | 131 |
| 5.5.4 Spirituelle Interventionen | 132 |
| 5.5.5 Vertraulichkeit und Dokumentation von Informationen | 133 |
| 5.5.6 Erstellung eines „spirituellen Therapieplans“ | 135 |
| 5.5.7 Umgang mit der Defizitorientierung | 135 |
| 5.5.8 Kompetenzen in Bezug auf spirituelle Interventionen | 136 |
| 5.5.9 Ziele von Interventionen in Spiritual Care | 137 |
| 6. Aktueller Forschungsstand in Spiritual Care | 138 |
| 6.1 Allgemeine Konzepte | 139 |
| 6.2 Spiritual Coping | 139 |
| 6.3 Spiritual Well-Being | 142 |
| 6.4 Spiritual Needs | 143 |
| 6.5 Probleme bei der Erforschung spiritueller Bedürfnisse | 145 |
| IV VERBINDUNG VON SEELSORGE UND SPIRITUAL CARE | |
| 7. Seelsorge und Spiritual Care- Eine Verhältnisbestimmung | 147 |
| 7.1 Medizin und Theologie im Diskurs | 149 |
| 7.2 „Heilung“ und „Heil“ aus medizinischer und theologischer Perspektive | 152 |
| 7.3 Christliche Nächstenliebe oder Compassionate Care? | 158 |
| 7.3.1 Empathieverständnis aus psychologischer Perspektive | 159 |
| 7.3.2 Barmherzigkeitsverständnis aus theologischer Perspektive | 161 |
| 7.3.3 Zusammenfassende Schlussfolgerungen | 176 |
| 7.4 Die Ich-Du Beziehung im dialogischen Prinzip Martin Bubers | 177 |
| 7.5 Ethik aus der Perspektive des Andern von Emmanuel Lévinas | 187 |
| 7.6 Einflussfaktoren für prosoziales Verhalten | 193 |
| 7.7 Zusammenfassende Schlussfolgerungen | 194 |
| V PRAKTISCHE UMSETZUNG VON SPIRITUAL CARE | |
| 8. Praktische Umsetzung von Spiritual Care im Akutspital | 197 |
| 8.1 Entscheidungen in Bezug auf die praktische Umsetzung von Spiritual Care | 197 |
| 8.2 Verbindung von Spiritualität, Medizin und Ethik | 199 |
| 8.3 Spiritual Distress – Operationalisierung in der interprofessionellen Zusammenarbeit | 202 |
| 8.4 Compassionate Care als Whole System Care | 207 |
| 8.5 Interprofessionelle Umsetzung von Spiritual Care in der Onkologie und Palliative Care | 207 |
| 8.6 Studiendesign des geplanten Forschungsprojekts am Kantonsspital Baden | 208 |
| 8.6.1 Hypothesen und Ziele | 210 |
| 8.6.2 Fragestellungen | 211 |
| 8.6.3 Ablauf des Forschungsplans | 212 |
| 8.6.4 Gütekriterien | 217 |
| 8.6.5 Interventionen | 239 |
| 8.6.6 Forschungsmethode | 242 |
| 8.6.7 Datenauswertung | 244 |

| | |
|--|------------|
| 9. Studienergebnisse und Diskussion der Studienergebnisse | 246 |
| 9.1 Studienergebnisse bei den Patienten und Anpassung des Studiendesigns | 246 |
| 9.2 Studienergebnisse nach der Anpassung des Studiendesigns | 249 |
| 9.3 Studienergebnisse der Mitarbeiterbefragung | 249 |
| 9.4 Diskussion der Studienergebnisse | 251 |
| 9.5 Herausforderungen für die Umsetzung von Spiritual Care im Gesundheitswesen | 252 |
| 9.6 Zusammenfassende Schlussfolgerungen | 257 |
| VI INTEGRATION VON SPIRITUAL CARE INS GESUNDHEITSSYSTEM | |
| 10. Die Grundlagen der Systemtheorie von Niklas Luhmann | 259 |
| 10.1 Die Bedeutung und Abgrenzung von Kommunikationsprozessen sozialer Systeme | 262 |
| 10.2 Luhmanns Konzeption von Sinn | 269 |
| 10.2.1 Funktional-strukturelle Aspekte von Luhmanns Sinnkonzeption | 273 |
| 10.2.2 Zusammenfassende Schlussfolgerungen zu Luhmanns Sinnkonzeption | 275 |
| 10.3 Die Bedeutung des binären Codes in der Krankenbehandlung | 276 |
| 10.4 Konsequenzen für die Umsetzung von Spiritual Care | 277 |
| 10.5 Soziale Systeme in der Organisation Krankenhaus | 278 |
| 10.5.1 Das soziale System der Ärzteschaft | 279 |
| 10.5.2 Das soziale System der Pflege | 282 |
| 10.5.3 Das soziale System der Seelsorge | 285 |
| 10.5.4 Das soziale System der Psychologie | 287 |
| 11. Spiritual Care aus Sicht der Systemtheorie | 288 |
| 11.1 Spiritual Care als Sensemaking in Health Care | 291 |
| 11.2 Systemtheoretische Umsetzung des Sensemaking-Prozesses im Akutspital | 293 |
| 11.3 Zusammenfassende Schlussfolgerungen | 297 |
| 11.4 Nächste Schritte | 297 |
| 12. Literaturverzeichnis | 305 |
| Curriculum Vitae der Verfasserin | 320 |

1. Einleitung und Ausgangslage

Obwohl Religion in der postmodernen säkularisierten Gesellschaft an Bedeutung verliert, ist Spiritual Care in der Medizin des 21. Jahrhunderts sehr populär geworden. So belegt inzwischen eine Vielzahl empirischer Studien, dass Spiritualität bei der Bewältigung existentieller Krisen eine wichtige Rolle spielt. Insbesondere in Zeiten hoher wirtschaftlicher und existentieller Unsicherheit rückt die Frage nach der Bedeutung und dem Sinn des menschlichen Daseins neu ins Zentrum. Wie die aktuellen politischen Debatten zeigen, sind die Folgen der fehlgeleiteten Ökonomisierung im Gesundheitswesen gravierend. Das Grundproblem besteht in der Annahme, dass die Medizin wie die Industrie funktionieren sollte. Lean Hospital heisst das neue Management-Konzept der Zukunft, durch welches in den Spitälern Effizienz gesteigert und Prozesse optimiert werden. Durch gezielte Anpassung von Abläufen soll die Leistungsfähigkeit der Institutionen nachhaltig gesteigert werden. Jedoch werden die Abläufe so beschleunigt, dass am Ende das wegrationalisiert wird, worauf es bei der Behandlung von kranken Menschen ankommt – das persönliche Gespräch und der ganzheitliche Blick auf die Lebenssituation des/der einzelnen Betroffenen.

Dies führt nicht nur bei PatientInnen, sondern auch bei medizinischen Fachpersonen zu Unzufriedenheit und Frustration. Erschwerend kommt dazu, dass Einbussen an Versorgungsgerechtigkeit durch Über-, Unter- und Fehlversorgung das übergeordnete Ziel einer finanzierbaren und nachhaltigen Gesundheitsversorgung verfehlen. Bereits vor zwei Jahren hat ein Bericht des Gesundheitsobservatoriums Obsan darauf hingewiesen, dass vor allem chronisch kranke Menschen am stärksten von den Auswirkungen der Fehlversorgung betroffen sind. Während sich um eine isolierte Akuterkrankung reihum hochqualifizierte Spezialisten kümmern, fühlen sich viele PatientInnen mit einem chronischen Leiden vernachlässigt. Dies ist vor allem deshalb problematisch, weil das Leben mit einer unheilbaren Krankheit häufig auch das Berufs- und Familienleben beeinträchtigt. Dabei herrscht das Manko im Versorgungsangebot gerade dort, wo der Bedarf am grössten ist. Laut dem Bericht des Gesundheitsobservatoriums Obsan ist in der Schweiz fast jede dritte Person ab 15 Jahren von einem chronischen Leiden betroffen, und fast jeder fünfte über 50-Jährige hat mehr als ein Leiden.

Aus dem Blickwinkel dieser Entwicklungen versteht sich, warum bei medizinischen Fachpersonen das mit Spiritual Care verbundene Nachdenken über den Sinn und die Bedeutung des menschlichen Daseins auf Interesse gestossen ist. Einen Höhepunkt erreichte die Spiritual Care Bewegung in der Schweiz mit der Einrichtung einer Stiftungsprofessur an der Theologischen Fakultät der Universität Zürich sowie durch MAS und CAS-Studiengänge an den Universitäten Basel und Bern. Dabei basieren die verschiedenen Lehr- und Forschungszugänge auf dem Anliegen, den kranken Menschen wieder als Einheit von Körper, Seele und Geist zu betrachten. Inzwischen konnten die verschiedenen Studiengänge erfolgreich in der Praxis umgesetzt werden. Die Implementierung von Spiritual Care in der

klinischen Praxis hat sich aber bis zum heutigen Zeitpunkt als grosse Herausforderung erwiesen. Nach den Richtlinien der internationalen Consensus-Conference wird Spiritual Care als interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen, Pflegenden und PsychologInnen als „Spiritual Care Generalisten“ sowie SeelsorgerInnen als Spiritual „Care Experten“ definiert.

Internationale Entwicklung von Spiritual Care

Während zum Zeitpunkt der Jahrhundertwende der Begriff von Spiritual Care in Europa noch weitgehend unbekannt war, hat er in den letzten fünf Jahren eine erstaunliche Karriere gemacht. Mit der Entstehung der Palliative Care ist das Interesse der Schulmedizin an Spiritualität in den 1980er Jahren zuerst in den USA erwacht. In der medizinischen und pflegewissenschaftlichen Literatur hat die Zahl der Publikationen zum Thema Spiritualität seit 1970 deutlich zugenommen. Diese Auseinandersetzung mit Spiritualität findet ihren Niederschlag in Publikationen der Weltgesundheitsorganisation WHO, die Palliative Care im Jahre 2002 folgendermassen definiert hat: *„Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen – und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“*.¹

Aufgrund dieser Definition wurde der Bereich „Spiritualität, Religion und persönlicher Glaube“ inzwischen auch im WHO-Fragebogen zur Erhebung von gesundheitsbezogener Lebensqualität (WHOQOL-100) als eigenständiger Bereich übernommen. Dabei stellt sich in einer multikulturellen Gesellschaft die Frage nach der Definition der Begriffe „spirituell“ bzw. „Spiritualität“? Wie die Definition von Eckhard Frick zeigt, besteht international ein weitgehender Konsens darin, *„Spiritual Care als die gemeinsame Verantwortung der Gesundheitsberufe (Medizin, Pflege, Psychologie, Seelsorge) für die spirituelle Dimension der Gesundheit“*² zu betrachten. Falls sich die europäische Situation analog zu den USA entwickelt, ist davon auszugehen, dass sowohl in der Pflegeausbildung wie im Medizinstudium, neben der Palliativmedizin auch die Spiritual Care zu einem festen Bestandteil der Ausbildungscurricula wird.

Inzwischen beschränkt sich das Interesse an Spiritual Care längst nicht nur auf das Fachgebiet der Palliative Care. In der Forschungsliteratur gibt es einige internationale empirische Studien mit Patienten, die an chronischen Erkrankungen leiden. Diese Studien zeigen einen positiven Zusammenhang zwischen Spiritualität und Gesundheitsförderung sowie dem Umgang mit der Erkrankung. Dabei stellt dieser neue Fachbereich die verschiedenen Berufsgruppen vor verschiedene Herausforderungen. Die erste Frage, die sich bei der Auseinandersetzung mit Spiritual Care stellt, ist die nach der deutschen

¹ https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf

² Frick, E.: Spiritual Care. Ein neues Fachgebiet der Medizin. In: *Z Med Ethik* 2009 (55:2), S. 145–150.

Übersetzung. Falls wir uns, wie die Niederländer, für den Begriff der „spirituellen Begleitung“ entscheiden sollten, drängt sich sogleich die zweite Frage nach der Verhältnisbestimmung von Spiritual Care und Seelsorge auf. Drittens stellt sich die Frage, ob zukünftig auch Fachpersonen aus anderen Berufsgruppen das Label „spirituelle BegleiterInnen“ tragen, oder ob, in Anbetracht der hohen Arbeitsbelastung der medizinischen Fachpersonen sowie der explodierenden Gesundheitskosten, gar freiwillige MitarbeiterInnen als spirituelle BegleiterInnen eingesetzt werden sollen? Eine vierte Debatte eröffnet sich in Bezug auf den Seelenbegriff. Diese Auseinandersetzung ist vor allem in der interreligiösen Seelsorge bedeutsam, da es in den verschiedenen Weltreligionen zentrale Unterschiede in Bezug auf das Seelenverständnis gibt. Fünftens stellt sich die Frage nach der interprofessionellen Zusammenarbeit in Spiritual Care. Soll die interprofessionelle Integration von Spiritual Care in die medizinische Versorgung als Achtsamkeit, ethische Werthaltung oder als Intervention erfolgen? Welche Bedeutung hat das eigene Weltbild in Bezug auf die Wahrnehmung von spirituellen Patientenbedürfnissen?

Wie die verschiedenen Fragestellungen in einer säkularisierten und multikulturellen Gesellschaft zeigen, erfordert die Umsetzung von Spiritual Care in der Praxis eine breite Auseinandersetzung mit theologischen, interreligiösen, soziokulturellen und gesundheitspolitischen Fragestellungen. Obwohl international die Umsetzung von Spiritual Care in der klinischen Praxis als Ziel verfolgt wird, ist dies in Europa bislang erst punktuell erfolgt. So arbeiten Pflegende in einzelnen Institutionen zwar mit einem Anamneseinstrument zur Erfassung der spirituellen Patientenbedürfnisse. Jedoch bleibt bislang ungeklärt, welche Auswirkungen solche Erhebungen auf die Patienten haben, wie im interprofessionellen Team mit diesen intimen Patienteninformationen umgegangen wird, und welchen Einfluss sie auf die gesamte medizinisch-therapeutische Begleitung haben. Auch gibt es international bislang keine Erfahrungen und Studien, die belegen, dass Spiritual Care interprofessionell im Dialog mit verschiedenen Berufsgruppen umgesetzt worden ist. Deshalb hat sich das vorliegende Forschungsprojekt zum Ziel gesetzt, die Grundlagen für eine interprofessionelle Umsetzung von Spiritual Care im Akutspital zu erforschen, und anhand einer empirischen Studie zu implementieren.

1.1 Projektüberblick

In den fünf Jahren der Laufzeit dieses Projekts hat Spiritual Care international verschiedene Entwicklungen und Paradigmenwechsel durchgemacht. Deshalb ist es auch in unserem Projekt zu einer Veränderung unseres ursprünglich geplanten Forschungsdesigns gekommen. Weil sich die Darstellung dieser verschiedenen Epochen für das Verständnis der Herausforderungen von Spiritual Care als bedeutsam erwiesen hat, wurden die ursprünglichen Fragestellungen, Methoden und Zielsetzungen beibehalten. Damit der/die Leser/in die verschiedenen „Epochen“ und „Paradigmenwechsel“ dieser

Arbeit gut nachvollziehen kann, führe ich Sie an dieser Stelle kurz durch die Entstehungsgeschichte des Projekts und die einzelnen Kapitel.

Der Grundstein zu diesem Forschungsprojekt wurde an einer Tagung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) zur Nationalen Strategie Palliative Care gelegt. Von 2013-2014 wurde dieses Projekt durch Drittmittel der Universität Zürich, von 2014-2017 durch den Schweizerischen Nationalfonds (SNF) finanziert. Das Promotionsprojekt wurde als Kooperation zwischen der Autorin, Doktorandin an der Theologischen Fakultät der Universität Zürich, und dem Kantonsspital Baden durchgeführt. Die Projektplanung war wesentlich durch die Kriterien der internationalen Consensus Conference geprägt, die sich 2009³, unter der Leitung von Prof. Christina Puchalski, auf ein wegweisendes Grundlagenpapier einigte.

In diesem internationalen Consensus wurde festgelegt, Spiritual Care als „Intervention“ in die klinische Praxis einzuführen. Die Consensus-Richtlinien empfehlen, bei Patienten die persönliche Bedeutung von Religiosität und Spiritualität mit dem spirituellen Anamnesemodells FICA zu erheben. Dieses im nordamerikanischen Raum entwickelte Modell wurde vom ersten europäischen Spiritual Care Lehrstuhl in München unter dem Namen SPIR in die deutsche Sprache übersetzt und wird auch in den BIGORIO-Richtlinien für die Palliative Care in der Schweiz empfohlen⁴. Das erste Kapitel widmet sich deshalb der Ausarbeitung der Forschungsfragen, die auf der Grundlage der von der Consensus Conference propagierten empirischen Forschung basieren.

Jedoch stand in unserem interprofessionellen Projektteam bald einmal fest, dass sich im Kantonsspital Baden ein solches Anamneseinstrument nicht wird durchsetzen können, da bislang empirisch nicht nachgewiesen werden konnte, dass Patientinnen und Patienten auch tatsächlich vom Einsatz eines solchen Instrumentes profitieren. Aufbauend auf den Vorerfahrungen von Prof. Arndt Büssing an der Universität Witten/Herdecke beschlossen wir, uns stattdessen auf die Entwicklung eines interprofessionellen Schulungskonzepts zu fokussieren. Eine empirische Begleitstudie vor und nach dieser Schulung sollte ihre Qualität und Wirkung bei Patienten und Fachpersonen untersuchen.

Die Kapitel 2-6 beschäftigen sich mit den theoretischen Grundlagen zum Aufbau eines solchen Schulungskonzepts. Hier geht es um eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Spiritualitätsverständnissen der vier involvierten Berufsgruppen der ÄrztInnen, Pflege, Psychologie und Seelsorge. Nach der Auseinandersetzung mit der Entwicklung der christlichen Spiritualität befasste ich mich im zweiten Teil mit

³ Puchalski, C.M., Ferrel, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P. & Bull, J.: Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. In: *J Palliat Med* 2009 (12), S. 885–905.

⁴ https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_12_1_bigorio_2008_Spiritualitaet_de.pdf.

der Frage, wie sich das Spiritualitätsverständnis in der geistlichen Begleitung durch die evangelische Spitalseelsorge über die Zeitspanne verändert hat – und welche Bedeutung Spiritualität in anderen institutionalisierten Religionen hat. Dabei ist in den verschiedenen Definitions- und Systematisierungsversuchen der Spiritualitätsforschung die Frage ins Zentrum gerückt, ob das Transzendente *perennialistisch* als unveränderlicher Kern gelebter Spiritualität oder *konstruktivistisch* als kulturelles Konstrukt verstanden werden soll.

Im Beitrag zu den verschiedenen Spiritualitätsverständnissen zeigten sich, im Hinblick auf eine interprofessionelle Umsetzung von Spiritual Care, zwei Probleme. Als erste Herausforderung erwies sich die in Kapitel 7 beschriebene fehlende Verhältnisbestimmung von Spiritual Care und Seelsorge. So stellt das Seelsorgegeheimnis eine grosse Hürde in Bezug auf die propagierte interprofessionelle Zusammenarbeit dar. Dieses Seelsorgegeheimnis ist auch ein wesentlicher Grund, warum viele SeelsorgerInnen der neuen Bewegung der Spiritual Care kritisch gegenüberstehen. Eine zweite Hürde zeigte sich in der bereits genannten Distanzierung der Seelsorge vom ökonomisierten Gesundheitswesen, welches durch die Einführung von Fallpauschalen und durch den technischen Fortschritt in den letzten Jahren zunehmend in Konflikt zwischen marktwirtschaftlichen Interessen und den Patientenbedürfnissen geraten ist.

Da Compassion als wesentliche Kernkompetenz in der interprofessionellen Spiritual Care gilt, wird sie in Kapitel 8 ausführlich behandelt. Das Kapitel geht der Frage nach, ob die Haltung der *Compassion* durch Erziehung und Sozialisation erworben wird – oder ob es sich um Gaben handelt, welche ein Mensch in seinem Glauben empfängt? Im Anschluss an die Ausführungen zu den Grundlagen christlicher Barmherzigkeit versucht das Kapitel zu Henning Luther, die Kluft zwischen dem verallgemeinernden neuzeitlichen Vernunftkonzept und dem postmodernen Individualitätsbedürfnis zu illustrieren. Anhand eines empirischen klinischen Forschungsprojekts wird anschliessend versucht, den Graben zwischen einem evidenzbasierten Gesundheitswesen und den individuellen Patientenbedürfnissen zu überwinden.

Im Anschluss an die Beschreibung des Forschungskonzepts in Kapitel 9, folgt in Kapitel 10 die Darstellung der Studienergebnisse. Dieses Kapitel setzt sich mit den Gründen auseinander, warum wir in unserer Studie bei den Patienten keine Daten erheben konnten. Anhand der einleitenden Fragestellungen diskutiert Kapitel 11 verschiedene Begründungen, warum auch auf nationaler und internationaler Ebene interprofessionelle Spiritual Care Konzepte in Spitälern bislang nicht erfolgreich in die Praxis implementiert werden konnten. Wie weiter gezeigt wird, stellen nicht nur eine gemeinsame Definition dessen, was Spiritualität ist – sondern in einer säkularisierten Gesellschaft auch der Begriff „spiritual“ bei vielen Ärztinnen und ÄrztInnen ein unüberwindbares Hindernis dar. Die Auseinandersetzung mit Luhmann in Kapitel 12 und 13 verfolgt das Ziel, die Widerstände bei der Implementierung von Spiritual

Care aus systemtheoretischer Sicht zu deuten, und die praktischen methodischen Implikationen des Systemansatzes für die Umsetzung von Spiritual Care fruchtbar zu machen. Wie Kapitel 12 zeigt, veränderten sowohl die Auseinandersetzung mit Luhmann als auch der auf dieser Grundlage aufbauende CAS-Weiterbildungsgang an der HSG St. Gallen die Anlage und Aussage der gesamten Arbeit erheblich. An dieser Stelle erfolgt der Wandel von einer substantiellen, „ontologischen“ zu einer prozeduralen und funktional-konstruktivistischen Sinnkonzeption. Dabei erschliesst sich Sinn nicht inhaltlich aus einer Glaubensüberzeugung, sondern wird aus der Zusammenfügung bestimmter Ereignisse generiert. Diese Konstruktion führt bei den verschiedenen Berufsgruppen zu unterschiedlichen Rationalitäten und „Sinngemeinschaften“.

Deshalb kommt die vorliegende Arbeit zum Schluss, Spiritual Care (in Anlehnung an das St. Galler Management-Modell) methodisch als „*Sensemaking in Health Care*“ zu konzeptionieren. Von diesem Ansatz her werden auch die Forschungsfragen beantwortet und diskutiert. Das letzte Kapitel gibt einen kurzen Ausblick auf einen künftigen Einsatz des Sensemaking-Modells bei der Implementierung von Spiritual Care.

1.2 Konzeption des Forschungsprojekts

Die Consensus Conference einigte sich 2009⁵, unter der Leitung von Prof. Christina Puchalski, auf ein wegweisendes Grundpapier. In diesem Dokument haben Fachpersonen aus der Medizin, Pflege, Psychologie, Seelsorge und der Sozialen Arbeit festgehalten, dass sich Spiritual Care als interprofessionelle Zusammenarbeit versteht. Dieses Grundlagenpapier weist den medizinischen Fachpersonen die Rolle als Spiritual Care „Generalisten“, den kirchlichen SeelsorgerInnen (als board-certified chaplains) die „Expertenrolle“ zu. Dabei wird diese Expertenrolle mit der spirituell-religiösen Qualifikation der SpitalseelsorgerInnen begründet: *„While all team members have some responsibility for spiritual care, board-certified chaplains play a key role as a team member most directly responsible for spiritual care... This model is based on a generalist-specialist model of care in which board-certified chaplains are considered the trained spiritual care.“*⁶ Dieses internationale Grundlagenpapier hat die Wahl der Forschungsmethoden dieses Forschungsprojekts massgeblich beeinflusst. Wenn die Spitalseelsorge eine Expertenrolle in der Spiritual Care erhalten soll, dann braucht es eine fundierte Auseinandersetzung mit der Theologie der Spiritualität und ihrer praktischen Umsetzung in den Seelsorgekonzeptionen. Zweitens müssen diese Grundlagen in eine Verhältnisbestimmung und in einen Dialog mit den Grundlagen der Spiritual Care Generalisten gesetzt werden. Drittens erfordert im Akutspital eine Implementierung von Spiritual Care Interventionen, damit Aussagen zu ihrer Qualität und Wirkung auf Patienten

⁵ Puchalski, C.M., Ferrel, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P. & Bull, J.: Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. In: *J Palliat Med* 2009 (12), S. 885–905.

⁶ Ebd., S. 898/891.

und Fachpersonen gemacht werden können. Diese Interventionen sollen auf einer gemeinsamen Grundlage aufbauen, auf der auch die interprofessionellen Schulungen und Weiterbildungen basieren. Viertens verlangt die geforderte Qualitätssicherung eine Operationalisierung von Spiritual Care einem empirisch-wissenschaftlichen Forschungsdesign, welches die Bedürfnisse und Rahmenbedingungen der Institution berücksichtigt.

1.3 Zielsetzung, Fragestellungen und Forschungsmethoden

Zielsetzungen

1. Theoretische Grundlagen: Das Forschungsprojekt verfolgt das Ziel, auf der Basis von theologischen, sozialwissenschaftlichen und philosophischen Anthropologien eine gemeinsame Grundlage für die interprofessionelle Schulung und Weiterbildung von medizinischen und seelsorglichen Fachpersonen in der Praxis zu schaffen. Für die interprofessionelle Spiritual Care wird nach einer geeigneten Form und einem geeigneten Platz im Gesundheitswesen gesucht.
2. Implementierung im Akutspital: Auf der Basis dieser theoretischen Grundlagen soll die Implementierung von Spiritual Care durch zwei Interventionen erfolgen:
 - a) durch eine Schulung des interprofessionellen Behandlungsteams
 - b) durch Fallsupervisionen bei komplexen Patientensituationen
3. Überprüfung von Qualität und Wirkung: Die beiden obengenannten Interventionen sollen, anhand einer empirischen Studie, in einem prä-/post Design bei folgenden Kohorten untersucht werden:
 - a) beim interprofessionellen Behandlungsteam
 - b) bei zwei Patientenkohorten (prä/post Interventionen)

Fragestellungen

Das Forschungsprojekt beschäftigt sich mit folgenden Fragestellungen:

Zielsetzung 1: Theoretische Grundlagen

- a) Welche Bedeutung hat Spiritualität in den institutionalisierten Religionen und in den verschiedenen Seelsorgetraditionen?
- b) Welche Bedeutung hat Spiritual Care in der Gesundheitsforschung, und welche Charakteristika zeigen sich in den verschiedenen populären Spiritualitätskonzeptionen von medizinischen Fachpersonen?
- c) Welches ist der geeignete Platz im Gesundheitswesen für interprofessionelle Spiritual Care?
- d) Wo gibt es im Klinikalltag Auseinandersetzungen mit existentiellen Fragestellungen?

-
- e) Welche Bedeutung haben existentielle Fragen für das professionelle Wirken von Theologen, Religionswissenschaftlern und medizinischen Fachpersonen?

Zielsetzung 2: Implementierung im Akutspital

- a) Wie können die theoretischen Grundlagen von Spiritual Care in den interprofessionellen Schulungen vermittelt werden?
- b) Durch welche Interventionen soll Spiritual Care in der Praxis umgesetzt werden?
- c) Welche Bedürfnisse und Rahmenbedingungen für Spiritual Care gibt es in der Institution?
- d) Welche Gefässe braucht es für die Auseinandersetzung mit existentiellen Fragen im Klinikalltag?

Zielsetzung 3: Überprüfung von Qualität und Wirkung

- a) Was sind die Kriterien für die Qualitätssicherung, und was bedeutet Wirksamkeit in der Spiritual Care?
- b) Wie wird Spiritual Care in einem empirisch-wissenschaftlichen Forschungsdesign operationalisiert?

Forschungsmethoden

Die Umsetzung der Studie erfolgt in einem methodischen Dreischritt von Theorie, Praxis und Empirie.

Zielsetzung 1: Ausarbeitung der Theoretischen Grundlagen

- a) zur Entwicklung der christlichen Spiritualität und Seelsorge sowie deren Verhältnis zu anderen Religionen
- b) zum Spiritualitätsverständnis von medizinischen und seelsorglichen Fachpersonen in der Theorie und Praxis
- c) zum aktuellen Forschungsstand in Spiritual Care
- d) zum medizinisch-theologischen Dialog verschiedener Care-Konzeptionen
- e) zum systemtheoretischen Verständnis des Gesundheitswesens

Zielsetzung 2: Implementierung im Akutspital

- a) Gründung einer interprofessionellen Arbeitsgruppe Spiritual Care am Kantonsspital Baden (Dr. med. Priska Bützberger, Helga Horstmann (Pflege), Claudia Matter (Psychoonkologie), Karin Klemm (Seelsorge))
- b) Konzeption der interprofessionellen Schulung am Kantonsspital Baden
- c) Planung der Fallsupervisionen

Zielsetzung 3: Überprüfung von Qualität und Wirkung

- a) Kooperation mit Dr. med. Priska Bützberger und dem Kantonsspital Baden AG: Konzeption und Durchführung einer empirischen Studie zur Evaluation von Qualität und Wirksamkeit der Interventionen in Spiritual Care (Schulung und Fallsupervisionen)*

2. Entwicklung der christlichen Spiritualität

2.1 Eingrenzung der Literatur

Nach dem Spiritualitätsboom in den 1960er Jahren hat die Spiritualitätsforschung im Zuge der Spiritual Care Bewegung einen erneuten grossen Aufschwung erlebt. So sind im Zuge dieser Entwicklung an den Theologischen Fakultäten neue Weiterbildungsprogramme ins Leben gerufen worden, die sich der Förderung von Forschung, Weiterbildung und Vernetzung von Religion, Spiritualität und Gesundheit widmen. Die Fülle an Forschungsliteratur, die daraus resultierte, macht eine Selektion erforderlich. Deshalb liegt der Schwerpunkt dieser Arbeit auf der Literatur, die im Zeitraum von 2012-2016 an den internationalen Kongressen zu Spiritual Care zitiert oder präsentiert worden ist, und die als Grundlage der verschiedenen Spiritual Care Lehrgänge dient. Ich beziehe mich zudem mehrheitlich auf protestantische Autorinnen und Autoren. Die in der vorliegenden Arbeit diskutierte Literatur lässt sich, analog zu den im letzten Kapitel dargestellten Forschungsmethoden, in drei Hauptblöcke unterteilen: 1. Bedeutung von Spiritualität in den institutionalisierten Religionen (Kapitel 2-4), 2. Bedeutung von Spiritual Care in der Gesundheitsforschung, die wesentlich durch perennialistische Theorien geprägt ist (Kapitel 5-6), und 3. Bedeutung von kulturell geprägten Konstruktionen von Spiritualität auf der Grundlage von Luhmanns konstruktivistischer Systemtheorie (Kapitel 12+13).

Die französische und angelsächsische Spiritualitätsbewegung

Die Erforschung der Geschichte der christlichen Spiritualität begann mit Theologen und Ordenshistorikern aus dem französischen Sprachraum.⁷ Dabei wird in der Literatur auf die wissenschaftlichen Untersuchungen von Louis Brouyer und dessen Publikationen zu Spiritualität und Mönchtum verwiesen. Auch der Jesuite Henri Bremond und seine Forschungsbeiträge zur Geschichte der französischen Spiritualität des 17. und 18. Jahrhunderts sind für die Entwicklung der christlichen Spiritualität bedeutsam.⁸ Die hochentwickelte monastische Spiritualität der alten Orden (z.B. der Benediktiner und Zisterzienser) als Leben nach dem Geist der Regel gilt als zentrale Grundlage für die innere und äussere schöpferische Kraft eines Klosters und dessen Mitglieder. Stärkere Züge der Individualisierung finden sich bei den Armutsbewegungen des Hochmittelalters (z.B. der Franziskaner und Dominikaner) als Orden eines neuen Typus, in deren Wirken Parallelen zu den Idealen des Hl. Franziskus von Assisi (1181/82-1226) nachgewiesen werden. Im Spätmittelalter erhielt die Laienfrömmigkeit als „Praxis pietatis“ eine besondere Bedeutung, indem das Ideal der Nachfolge Jesu Christi und die religiöse Bewegung der *Devotio moderna* einen Weg zur individuellen, persönlichen Vervollkommenheit bieten.⁹ In der zweiten Hälfte

⁷ Maier, K. (2007): Kirchengeschichte und Spiritualität. Historische Bezüge zu geistlichen Mentalitäten, S. 115.

⁸ siehe Ausführungen dazu in Maier, S. 116 ff.

⁹ An dieser Stelle verweist Maier auf Marek Derwicks Werk (2004): Die „Neue Frömmigkeit“ in Europa im Spätmittelalter. (Veröffentlichungen des Max-Planck-Instituts für Geschichte), S. 205.

des 18. Jahrhunderts führten radikale Kirchenreformen zu einem Bruch mit der barocken Spiritualitäts- und Frömmigkeitskultur. Der fortschreitende Prozess der Säkularisierung stellte, spätestens seit dem 18. Jh. bis in die Gegenwart, für die katholische und reformierte kirchliche Spiritualität eine besondere Herausforderung dar.¹⁰ In der Folge führten die napoleonischen Kriege und die Neuordnung der politischen Verhältnisse durch den Wiener Kongress langfristig zur Restauration des katholischen Milieus im 19. Jahrhundert - trotz anti-katholischer Affekte in den protestantischen Ländern. So ermöglichten geschichtliche Prozesse und Zäsuren Veränderungen und neue Wege von Spiritualitätsformen. Dabei entwickelten religiös-spirituelle Bewegungen in ihrer Eigendynamik in allen Epochen durchaus emanzipatorische Kräfte, die immer mal wieder in Konflikt mit der kirchlichen Autorität geraten sind.¹¹

Der kurze Abriss macht deutlich, dass das Verständnis von Spiritualität über die Jahrhunderte verschiedene Entwicklungen durchgemacht hat und sich Züge der Individualisierung bereits im Spätmittelalter finden lassen. Dies widerspricht den gängigen Theorien, welche den Beginn der Individualisierung der Spiritualität in die Neuzeit legen. Darauf will ich kurz eingehen.

In der Spiritual Care Forschung sind viele Autoren der Zwei-Quellen-Theorie Bochingers¹² gefolgt. Sie unterscheidet zwischen einer französischen „*spiritualité*“ und einer angelsächsischen „*spirituality*“-Bewegung. Die Theorie besagt, dass die französische Traditionslinie mit der Eindeutschung des französischen „*spiritualité*“ sich aus der katholischen Ordens-theologie herausgebildet habe. Diese betone die persönliche Gottesbeziehung des Menschen und beschäftige sich mit den Motiven einer Frömmigkeit, die durch ein Leben aus dem Geist Gottes heraus entsteht. Die zweite angelsächsische Traditionslinie der „*spirituality*“ sei seit 1870 nachweisbar und habe wichtige Impulse durch die New-Age-Bewegung erhalten. Bochingers Theorie versteht unter der französischen „*spiritualité*“ eine Religiosität, die auf direkter, unmittelbarer und persönlicher Erfahrung von Transzendenz auf der Basis des christlichen Glaubens beruht. Nach dem angelsächsischen Spiritualitätsverständnis soll hingegen der Begriff der „*spirituality*“ für die Verinnerlichung einer universal gedachten Transzendenz stehen, welche die herkömmlichen Grenzen traditioneller Religionen, Kulturen und Nationen überschreitet. Im weitesten Sinne ist sie bezogen auf „*das umgreifende eine Sein, das den Menschen als umfassendes Geistiges, Transmaterielles und Metaphysisches erscheint*“.¹³ Sowohl die neue Disziplin der Spiritual Care als auch die gegenwärtige Spiritualitätsforschung würden sich nach der zwei-Quellen-Theorie an diesem zweiten angelsächsischen Spiritualitätsverständnis orientieren.

¹⁰ Verweis von Maier auf Hartmut Lehmanns Werk (1994): Von der Erforschung der Säkularisierung zur Erforschung von Prozessen der Dechristianisierung und der Rechristianisierung im neuzeitlichen Europa, S. 9-16.

¹¹ Maier, K. (2007): Kirchengeschichte und Spiritualität. Historische Bezüge zu geistlichen Mentalitäten, S. 115.

¹² Bochinger, Ch. (2012): Religion, Staat und Gesellschaft, S. 22ff.

¹³ Roser, T. (2007): Spiritual Care. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhausseelsorge. Ein praktisch-theologischer Zugang, S. 270.

Wie Simon Peng-Keller deutlich macht,¹⁴ scheint diese Unterscheidung nicht unwesentlich durch das Anliegen der Autoren beeinflusst zu sein, Spiritual Care von der kirchlichen Seelsorge abzugrenzen. Wie Peng-Kellers Analysen zeigen, handelt es sich bei den Protagonisten der französischen „spiritualité“-Bewegung – Jeanne-Marie Guyon, Erzbischof Fénelon und Auguste Sautreau – jedoch nicht um Ordensleute, sondern um eine Mutter, einen Erzbischof und einen Weltpriester. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, dass der Weg von der französischen spiritualité zur angelsächsischen spirituality nicht über die New-Age Bewegung, sondern über den *evangelical revival* führte. Ihr Hauptvertreter, der Methodist John Fletcher, stammte aus einer französischen Hugenottenfamilie. Dieser vertrat einen *evangelical mysticism*, dem ein spiritualistischer Universalismus innewohnte, der sich als „Wächter der true religion“ verstand.¹⁵

Diese Ausführungen sind deshalb von Belang, weil sich der Komplex „Spiritualität“ nicht in dichotomer Weise den Kategorien „religiös – nichtreligiös/spirituell“ oder „kirchlich – weltlich“ zuordnen lässt. Folglich kann auch die Spiritual Care Bewegung nicht, wie das in der Literatur meist geschieht, in eindeutiger Weise der angelsächsischen „spirituality“-Bewegung zugeordnet werden. Da bei der Umsetzung von Spiritual Care verschiedene Interessen und Spiritualitätskonzeptionen aufeinandertreffen, erscheint es mir daher ratsam, den verschiedenen Wurzeln des Spiritualitätsbegriffs in jüngerer Zeit nachzugehen.

Spiritualität als göttlich-menschliche Interaktion

Der Beginn des Spiritualitätsbooms in den 1960-er Jahren hat dazu geführt, dass die Erforschung der Spiritualität als eigenständige Disziplin an den Universitäten Einzug gehalten hat. Eine sehr gute und umfassende Übersicht zur Spiritualitätsforschung wurde im deutschen und niederländischen Sprachraum durch Elisabeth Hense¹⁶ und im angelsächsischen Sprachraum durch Bruce Lescher verfasst.¹⁷ Im evangelischen europäischen Kontext wird die Spiritualitätsforschung nach wie vor innerhalb von klassischen theologischen Disziplinen betrieben. Sie fragen nach dem Bezug zur Aszetik. Christliche

¹⁴ Peng-Keller, S. (2015). Spiritual Care als theologische Herausforderung. Eine Ortsbestimmung. In: Theologische Literaturzeitung 140 (5), S. 461.

¹⁵ Ebd., S. 463, Peng-Keller setzt sich mit dem Briefwechsel des Anglikaners Thomas Hartley und seiner *Short Defense of the Mystical Writers* auseinander.

¹⁶ Einen umfassenden Überblick über die Spiritualitätsforschung im deutschen und niederländischen Sprachraum bietet Elisabeth Hense: *Spirituality in the German Speaking World, in Holland and Belgium after Council Vatican II*. Zeitschrift *mysterion*, 2015, Jahrgang 8, Nr. 2, <http://www.mysterion.it>.

¹⁷ Einen guten Überblick über die Spiritualitätsforschung im angelsächsischen Sprachraum bietet Bruce Lescher: *Spirituality in the English-Speaking World Since Vatican II: An Overview*. Zeitschrift *mysterion*, Jahrgang 8, 2015, Nr. 2: <http://www.mysterion.it>. Wie auch das Handbuch von Kees Wajman und das Studienbuch zur christlichen Spiritualität von Corinna Dahlgrün zeigen, gibt es einige Grundlagenwerke, die sich der ausführlichen Klärung des Spiritualitätsbegriffs widmen. Corinna Dahlgrüns Werk *Christliche Spiritualität* beschäftigte sich mit der Klärung des Spiritualitätsbegriffs im deutschsprachigen protestantischen Raum. Kees Wajman ist holländischer Karmelit und war bis 2010 Direktor des international renommierten „Titus Brandsma Institut“ für Spiritualität in Nijmegen. Er ist Verfasser des dreibändigen Handbuchs für Spiritualität. Wajman definiert vier Forschungsstrategien, um das Phänomen Spiritualität angemessen darzustellen: die Beschreibung, die Hermeneutik, die Systematik und die Mystagogie.

Spiritualität wird in diesem Forschungskontext im Wesentlichen als Übung aufgefasst, die idealtypisch einen Wandlungsprozess zur Folge hat, den ein Mensch durch die göttlich-menschliche Interaktion erfährt. Dieser wird als „Umformungsprozess“ eines gegenseitigen sich Herausbildens zwischen dem göttlichen und menschlichen Pol beschrieben.¹⁸

Der spirituelle Perennialismus

Einem andern Kontext der Spiritualitätsforschung begegnen wir dort, wo ausserhalb der Religionen nach dem Sinn und der Bedeutung des Lebens gefragt wird. Dabei ist in den verschiedenen Definitions- und Systematisierungsversuchen die Frage ins Zentrum gerückt, ob das Transzendente als unveränderlicher Kern gelebter Spiritualität oder als kulturelles Konstrukt verstanden werden soll. Wie Hense in ihrem Aufsatz zu interdisziplinären Spiritualitätstheorien zeigt¹⁹, gibt es in der Spiritualitätsforschung zwei Forschungstraditionen. Die erste Forschungslinie wurde wesentlich von Leibnitz geprägt. Diese *Philosophia Perennis* geht von der Annahme aus, dass sich philosophische Einsichten und universal gültige Wahrheiten über die Zeiten und Kulturen erhalten. In seinem Werk *Mysticism and Philosophy* erarbeitet Stace aus Berichten mystischer Erfahrungen eine umfassende Phänomenologie der Mystik und beschäftigt sich mit der Frage eines universellen Kerns, der allen mystischen Erfahrungen zugrunde liegt.²⁰ Seine Analysen kommen zum Schluss, dass es in allen Kulturen und Religionen Charakteristika gibt, die sich quer durch alle Religionen erschliessen lassen. Diese über die Zeitspanne unveränderlichen spirituellen Erfahrungen werden als sogenannt „reine“ Erfahrungen bezeichnet. Wie Kohli Reichenbach aufzeigt²¹, wurde Stace' Terminologie von Forman²² aufgegriffen und als *pure consciousness events* (PCEs) bezeichnet. Wie schon Stace geht Forman von der Annahme aus, dass diese grundsätzlich jedem Menschen zugängliche Erfahrung universell ist und nur die nachträglichen Versprachlichungen kultur- und kontextabhängig sind. Indem sie kulturelle und religiöse Unterschiede transzendieren, liegen diese Momente klaren Bewusstseins ohne Inhalt allen Spiritualitätsformen der *Philosophia Perennis* zugrunde und zeigen eine enge Verknüpfung zwischen theoretischer Reflexion und geistigem Erfahrungsbericht. Wie Hense ausführt,²³ haben die perennialistischen Theorien verschiedene Stadien durchlebt. Während frühe perennialistischen Theorien zum Schluss kommen, dass alle mystischen Erfahrungen in ihrer Unaussprechlichkeit eine Einheitlichkeit zum Ausdruck bringen, wird diese Sichtweise in späteren Arbeiten modifiziert. Trotz der Gemeinsamkeit ihrer Unaussprechlichkeit zeigen

¹⁸ siehe dazu Waijman, K. (2005): Handbuch der Spiritualität Bd. 2, Anm. 5 und 6.

¹⁹ Hense, E. (2011): The quest for interdisciplinary theories on spirituality. In: Hense, E. und Maas, F. (Eds.) Towards a theory of spirituality, S. 5-14.

²⁰ Stace, W. T. (1961): *Mysticism and Philosophy*, S. 61ff.

²¹ Kohli Reichenbach, C. (2012): Gleichgestaltet dem Bild Christi: Kritische Untersuchungen zur Geistlichen Begleitung als Beitrag zum Spiritualitätsdiskurs, S. 78.

²² Forman, R.K. (1997): *Problem of Pure Consciousness: Mysticism and Philosophy*. Oxford: University Press, zitiert in: Kohli Reichenbach C. (2012). Gleichgestaltet dem Bild Christi: Kritische Untersuchungen zur Geistlichen Begleitung als Beitrag zum Spiritualitätsdiskurs, S. 77.

²³ Hense, E. (2011): The quest for interdisciplinary theories on spirituality, S. 6ff.

sich, je nach kultureller Umgebung, Unterschiede in ihrer Ausdrucksform. Diese Unterschiede wurden in verschiedene universelle Typen und Klassen eingeteilt. In ihrer jüngsten post-konstruktivistischen Version basiert diese Forschungstradition auf einem relativen Konstruktivismus, indem nur die Unmittelbarkeit dieser „reinen“ Erfahrungen verteidigt wird.

Der Konstruktivismus

Die zweite Forschungstradition des *Konstruktivismus* lehnt diese „reine“ und kulturübergreifende Erfahrungsform ab. Vielmehr geht der Konstruktivismus davon aus, dass es sich bei transzendenten und bewussteinsübergreifenden Erfahrungen um kulturell geprägte Konstruktionen handelt. Steven T. Katz verneint als einer der wichtigsten Vertreter des Konstruktivismus diese Existenz eines unabhängigen Kerns mystischer Erfahrungen, indem er die Mystik den verschiedenen Traditionen des Christentums, Judentums, Islams und Buddhismus usw. zuweist. Im Gegensatz zu Stace steigt er nicht bei einer phänomenologischen Typologie, sondern bei der Konstituierung religiöser Erfahrung ein. Katz kritisiert die perennialistische Tradition, den Facettenreichtum mystischer Erfahrungen in unangemessene Kategorien zu pressen und dadurch deren fundamentalen Unterschiede zu übersehen. Für Katz gibt es daher keine Erfahrung, die unberührt ist von der Kultur, den formenden Einstellungen, Wahrnehmungen und Erwartungen des Subjekts. Er plädiert dafür, dass bereits das Zustandekommen und nicht erst die nachträgliche Interpretation von Erfahrung kultur- und kontextabhängig ist. Gemäss Katz kommt Interpretation nicht nur nach einer Erfahrung ins Spiel, sondern bereits vor und während der Erfahrung. Die Sozialisierung durch religiöse Lehren und Schriften, Rituale und ethische Massstäbe bestimmen als tradierte Narrative die spirituelle Erfahrung mit. Dabei wird nach konstruktivistischem Ansatz die Erfahrung im Voraus mitbestimmt, wobei gleichzeitig ausgeschlossen wird, was in diesem Kontext nicht erfahrbar ist.²⁴ Katz geht im Unterschied zur perennialistischen Tradition davon aus, dass nicht nur die Zeit vor und nach der spirituellen Erfahrung kulturell geformt wird, sondern auch das Ereignis selbst. Obwohl Mystiker ihre Erfahrungen als unaussprechlich bezeichnen, sind „reine Erfahrungen“ weder sprachlich erfassbar noch erforschbar.²⁵ Vielmehr zeigt der Konstruktivismus in einer für mich überzeugenden Weise auf, wie eng die Interaktion zwischen religiöser Erfahrung und dem Narrativ des geistlichen Weges zu fassen ist. In diesem Sinne strukturiert der religiöse Kontext von Bekenntnissen, Schriften, Werten und Ritualen die spirituelle Erfahrung in einer grundlegenden Weise.

In seinem späteren Werk *Mysticism and Language*²⁶ untersucht Katz die Wechselwirkung von Sprache und religiöser Erfahrung. Dabei plädiert er dafür, religiös tradierte Narrative differenzierter zu betrachten. Dies steht im Gegensatz zur perennialistischen Tradition, die versucht, den

²⁴ Katz, S. E. (1978): *Language, Epistemology and Mysticism*: In: ders. (Hrsg.), *Mysticism and Philosophical Analysis*, S. 30ff.

²⁵ Katz, S.E (1983): *The „Conservative Character of Mystical Experience*. In: ders. (Ed.), *Mysticism and Religious Traditions*, S. 5.

²⁶ Katz, S. E. (1992): *Mysticism and Language*, S. 4ff.

Untersuchungsgegenstand der „reinen“ Erfahrung von dogmatischen und kirchlichen Klammern zu lösen. In besonderer Weise problematisch erscheint der in der „reinen“ Einheitserfahrung enthaltende Reduktionismus, welcher in einer Verengung die Verschiedenheit von Gott und Mensch aufhebt. Katz dagegen unterscheidet zwischen einem „nicht-absorbierenden“ Typus der Unterscheidung zwischen Gott und Mensch und einem „absorbierenden“ Typus, bei dem die Grenzen zwischen Gott und Mensch verschmelzen.²⁷

Diskurs zwischen perennialistischen und konstruktivistischen Positionen

Wie Hense aufzeigt, hat diese Debatte zwischen Perennialisten und Konstruktivisten die empirischen Disziplinen nur teilweise erfasst. Obwohl viele Geisteswissenschaftler in ihrer Einstellung dem Konstruktivismus zugewandt sind, vertreten die meisten experimentellen Studien perennialistische Positionen. Die meisten Forschenden gehen davon aus, dass es sich bei der Spiritualität um ein allgemeines menschliches Phänomen handelt, das mit wenigen universellen Parametern untersucht werden kann. Dies wirft unweigerlich die Frage nach den Gründen für diese Beobachtungen auf. Es könnte darin liegen, dass in der Spiritual Care Forschung quantitative Forschungsdesigns als Goldstandard gelten. Universelle Parameter sind in diesen Forschungsdesigns leichter zu erfassen als spezifisch kulturelle Phänomene. Der Fokus eines Grossteils der Spiritual Care Forschung hat ein funktionales Verständnis von Spiritualität.²⁸

Wie Hense festhält, gibt es nur wenige Studien, welche Spiritualität als kulturübergreifendes Phänomen untersuchen.²⁹ So zeigt die Studie von Schwartz mit über 60'000 Personen in 64 Ländern,³⁰ dass Spiritualität nicht universell anhand von festgelegten Komponenten erfolgen kann. In seiner Theorie postuliert Schwartz eine Typologie von elf universellen Werten, darunter auch der Spiritualität. Diese wird untersucht als Praxis, innere Harmonie, Bedeutung des Lebens, Verbundenheit mit der Natur, Akzeptanz von Defiziten und Ausdrucksform. Wie ich später zeigen werde, bestehen Parallelen zwischen diesen Kategorien und dem Spiritual Needs Questionnaire von Arndt Büssing, der Spiritualität in folgenden vier Kategorien erfasst: (1) *Verbundenheit* (Liebe, Zugehörigkeit, Partner-Kommunikation, Entfremdung etc.), (2) *Friede* (innerer Friede, Hoffnung, Ausgeglichenheit, Vergebung, Distress, etc.),

²⁷ Katz, S.E. (1978). Language, Epistemology and Mysticism, S. 39ff.

²⁸ Ein zweiter theoretischer Diskussionsteil in Kapitel 6 befasst sich mit diesen weitgehend perennialistisch geprägten Forschungszugängen der Spiritual Care Forschung.

²⁹ Hense, E. (2014): Present-Day Spiritualities in confessional, popular, professional and aesthetic contexts: contrasts or overlap? In: Present-Day Spiritualities, Contrasts and Overlaps, Edited by Hense, E., Jespers, F. & Nissen, P. S. 1 ff.

³⁰ Schwartz, S. H. (1992): Universals in the Content and Structure of Values: Theoretical Advances and Empirical Tests in 20 Countries. In: *Advances in Experimental Social Psychology* (25), S. 1–65; zitiert in Hense, E. (2011). The quest for interdisciplinary theories on spirituality, S. 9.

(3) *Sinn/Bedeutung* (Lebenssinn, Selbstverwirklichung, etc.) und (4) *Transzendenz* (spirituelle Ressourcen, Beziehung zu Gott / dem Heiligen, Beten, etc.)³¹

Spiritualitätsformen in soziokulturellen Systemen

Wie Hense in ihrer Metastudie treffenderweise festhält, gibt es kein Studiendesign, welches Spiritualität in ihrer Gesamtheit erfasst. Stattdessen scheint sich der Fokus auf konkrete kulturelle Manifestationen von Spiritualität zu beschränken. Wie historische Überblicke deutlich machen, verändern sich in der globalisierten modernen Gesellschaft nicht nur die einzelnen Spiritualitätstraditionen. Neben der Zunahme neuer Spiritualitätsformen führt die Säkularisierung dazu, dass sich immer mehr Menschen für ein Leben ohne Spiritualität entscheiden. Dort, wo Spiritualität im populären Kontext als gelingendes Leben auftaucht, verspricht sie Kraft, Glück und Fülle verspricht. Durch ihre Ausdrucksweisen der Selbsttranszendenz genießt sie in der modernen Gesellschaft eine grosse Popularität.³²

Gordon Lynch propagiert einen interessanten Ansatz³³, welcher Spiritualitätsformen in sozio-kulturellen Systemen erfasst. Aus dieser Perspektive lassen sich Spiritualitätsformen anhand der kulturellen Konstruktion gegenüber einem heiligen Gegenstand bestimmen, die ein Objekt zu einem heiligen Gegenstand macht. In diesem Sinne obliegt es der Entscheidung einer Person, ob sie ein Objekt zu einem heiligen Gegenstand macht oder nicht. Aus dieser Perspektive kann irgendein Objekt als heilig oder nicht heilig betrachtet werden. Obschon dieser Ansatz im ersten Moment als pluralistisch erscheint, trifft dies auf den zweiten Blick nicht zu. Wie Hense zeigt, wird derselbe normative Massstab, mit dem ein Objekt als heilig bezeichnet wird, an alle Spiritualitätsformen gelegt. Statt Spiritualität als universales Phänomen aufzufassen, welches allen Spiritualitätsformen zugrunde liegt, obliegt es in diesem Ansatz der Entscheidung des einzelnen Individuums, eine kulturelle Konstruktion als Form gelebter Spiritualität zu bezeichnen. Ähnlichkeiten zwischen Spiritualitätsformen müssen nicht notwendig darauf hinweisen, dass diese Spiritualitätsformen einen gemeinsamen Kern besitzen. Vielmehr können diese Ähnlichkeiten mit Wittgenstein als "Familienähnlichkeiten" aufgefasst werden.³⁴

Auf dieser Grundlage von Wittgenstein vertritt Hense die Hypothese, dass auch verschiedene Spiritualitätsformen durch solch familiäre Verbindungen miteinander verlinkt sind.³⁵ Das Interesse dieser Forschung gilt den sozialen, materiellen und symbolischen Dimensionen der Kultur sowie der

³¹ Büssing, A., Balzat, HJ. & Heusser, P. (2010). Spiritual Needs of patients with chronic pain diseases and cancer – validation of the Spiritual Needs Questionnaire. In: *European Journal of Medical Research* (15:6), S. 266-273.

³² siehe die Ausführungen zu Hense, E. (2014). Present-Day Spiritualities in confessional, popular, professional and aesthetic contexts: contrasts or overlap? S. 5.

³³ Lynch, G. (2007): What in this „religion“ in the study of religion and popular culture? in: idem (Ed.), *Between sacred and profane: Researching religion in popular culture*. London: IB Tauris, S. 125-142; zitiert in Hense, E. (2011). *The quest for interdisciplinary theories on spirituality*, S. 10.

³⁴ Wittgenstein, L. (1959): *Philosophical investigations*. Oxford: Blackwell; zitiert in Hense, E. (2011). *The quest for interdisciplinary theories on spirituality*, S. 12.

³⁵ Hense, E. (2014). *Present-Day Spiritualities in confessional, popular, professional and aesthetic contexts: contrasts or overlap*, S. 3.

menschlichen Körperlichkeit und Sprache.³⁶ Die ähnlichen Prototypen widerspiegeln eine Kombination verschiedener Komponenten, die für verschiedene Spiritualitätsformen typisch sind. Auch wenn andere Forschergruppen dem Versuch kritisch gegenüberstehen, lässt sich zusammenfassend festhalten, dass Kultur und Spiritualität sich wechselseitig beeinflussen. Je differenzierter sich eine Kultur entwickelt hat und je mehr verschiedene Kulturen in einer Region zusammenleben, desto grösser ist auch die Diversität von Spiritualitätsformen. So lassen sich in multikulturellen und säkularisierten Gesellschaften nicht nur verschiedene Religionen, sondern auch ein Pluralismus finden, die eigene Spiritualitätsform zu leben und fremde Spiritualitätsformen wahrzunehmen.

Kriterien für die Einordnung von Spiritualitätsformen

Um die Verwandtschaft verschiedener Spiritualitätsformen zu verstehen, schlägt Hense einen heuristischen Ansatz vor. Als Grundlage legt sie ihrem vielversprechenden Ansatz die Beobachtungen von Charles Taylor zugrunde,³⁷ der unter den verschiedenen Lebensformen zwei Gruppen unterscheidet: 1) die Gruppe religiös gläubiger Menschen, welche die Erfüllung menschlichen Lebens ausserhalb menschlicher Quellen sucht und 2) die Gruppe säkularer Menschen, welche diese Quelle in sich selbst oder der Welt lokalisiert. Für Charles Taylor ist es eine Voraussetzung der Humanität, dass eine Gesellschaft weder von einer weltlichen Ideologie noch von einer einzigen Religion dominiert wird. Das menschliche Bedürfnis nach Sinn besteht in seiner Theorie darin, das diesseitige Leben zu transzendieren. Taylor geht von einer breiten Vielfalt an Lebensfülle aus, die im menschlichen Leben nur als Moment erfahren werden kann. Diese Lebensfülle lässt sich im menschlichen Leben als Zustand der Erfüllung, Fülle, Würde, Well-Being, Ganzheit, Reichtum und Tiefe erfahren. Aufbauend auf dieser Grundthese von Taylor schlägt Hense zum besseren Verständnis von Spiritualität folgende heuristische Spezifikationen vor:³⁸

1. Lebensfülle wird sowohl in den verschiedenen Weltreligionen als auch in säkularen Spiritualitätsformen versprochen. So liegt die Lebensfülle in der Liebe Gottes, in der Leere, in der Ganzheitlichkeit, in der menschlichen Entwicklung, in der Kunst oder wo auch immer sie gesucht wird. Charakteristisch ist, dass es in der modernen Gesellschaft nicht möglich ist, diese unterschiedlichen Quellen zu generalisieren.
2. In den verschiedenen Religionen und säkularen Weltanschauungen sind diese Quellen durch Unterscheidungen und Massstäbe gekennzeichnet, wie z.B. durch „richtig oder falsch“, „gut oder

³⁶ Hense, E. (2011). The quest for interdisciplinary theories on spirituality, S. 9.

³⁷ Taylor, C. A.: Secular Age. (Cambridge: Belknap, Harvard University Press) 1-22; zitiert in: Hense, E. (2014). Present-Day Spiritualities in confessional, popular, professional and aesthetic contexts: contrasts or overlap?, S. 4.

³⁸ Die Ausführungen zu den heuristischen Spezifikationen sind aus der englischen Publikation von E. Hense übersetzt und zusammengefasst: siehe dazu Hense, E. (2014). Present-Day Spiritualities in confessional, popular, professional and aesthetic contexts: contrasts or overlap? S. 5.

schlecht“, „höher und tiefer“. Dabei wird individuelle Spiritualität definiert als Bewertung und Neigung zu diesen Bezugspunkten.

3. Menschen streben danach, diese Lebensfülle zu erreichen und entwickeln Aktivitäten, die sie dabei unterstützen. Dies kann in Form von Gebeten, Meditation, Übungen, Fasten, durch Mitgefühl und Einsatz für andere Menschen oder auch durch kreative Ausdrucksformen wie Kunst, Schreiben, Musik etc. erfolgen.
4. Menschen streben nicht nur nach Lebensfülle, sondern versuchen, diese in ihrem Leben aktiv zum Ausdruck zu bringen.

Untersuchungsfelder von Spiritualität

Wie Hense zeigt, eröffnet diese heuristische Spezifizierung von Spiritualität der Forschung neue Horizonte. Um Formen und Unterschiede besser zu differenzieren, braucht es nicht nur ein besseres Verständnis der Wurzeln religiöser Traditionen, sondern auch säkularer und populärer Spiritualitätsformen. Dafür müssen die verschiedenen Spiritualitätsformen einzeln untersucht werden. Die an einer Konferenz in Nijmegen präsentierten Studien (2011) umfassen folgende Untersuchungsfelder:³⁹

1. *Spiritualität in institutionalisierten Religionen*: Die Spiritualitätsformen der verschiedenen Weltreligionen werden in ihrer kulturellen Tradition und Sprache untersucht. In den letzten Jahren gibt es eine Breite Fülle an Untersuchungen, die sich auf spirituelle Manifestationen in den verschiedenen Weltreligionen beziehen.
2. *Spiritualität im populären Kontext* erschliesst sich durch eine vielseitige, imaginative und empirische Zugangsweise, die Kraft, Glück und Fülle verspricht. Durch ihre Ausdrucksweisen der Selbsttranszendenz genießt sie in der modernen Gesellschaft eine hohe Popularität.
3. *Spiritualität in organisationalen Kontexten* befasst sich mit Geschäftsaktivitäten und ihren Quellen der Wertschöpfung. Management-Studien untersuchen die theoretische und praktische Bedeutung, wie Firmen zu neuen Ansätzen von Geschäfts- und Führungsmodellen gelangen, die zu einem wichtigen Bestandteil eines erfüllenden und bedeutungsvollen Lebens werden.
4. *Spiritualität im Bildungskontext* befasst sich mit Entwicklungsprozessen auf körperlicher, geistiger und sinnlicher Ebene. Diese Entwicklung des Geistes führt zu personeller und gemeinschaftlicher Identität, fördert Empathie, Mitgefühl und Verbundenheit. In Verbindung mit neuropsychologischer, kognitiver und kultureller Entwicklung wird sie als ganzheitliche menschliche Entwicklung gefördert.

³⁹ Die Ausführungen zu den Untersuchungsfeldern der Spiritualitätsforschung sind aus der englischen Publikation von E. Hense übersetzt und zusammengefasst, siehe Fussnote 36.

-
5. Der Schwerpunkt in der *Gesundheitsforschung* liegt in der Auseinandersetzung mit der Frage, wie Spiritualität die physische und psychische Gesundheit, die Krankheitsbewältigung und Compliance der Patienten beeinflusst.
 6. *Spiritualität im ästhetischen Kontext* führt zur Fragestellung, inwiefern sich über die Erforschung von Geheimnissen durch die Kunst auch die Bedeutung des menschlichen Lebens erschliessen lässt.

Wie Hense zeigt, lässt sich die Bedeutung dieser obengenannten sechs Forschungsfelder nicht alleine durch die Disziplin der Theologie und Religionswissenschaft erschliessen. Vielmehr erfordert die Untersuchung der Verbindung zwischen den verschiedenen Komponenten und Aspekten von Spiritualität eine breite interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Historikern, Sozialwissenschaftlern, Anthropologen, Wirtschaftswissenschaftlern und medizinischen Fachpersonen. Hense verweist, mit Bezug auf Stefan Hubers Studien zum Religionsmonitor,⁴⁰ auf die grossen Unterschiede, wie die verschiedenen Disziplinen an den Forschungsgegenstand Spiritualität herantreten. Während Spiritualität in der Soziologie als eine der Kerndimensionen von Religion untersucht wird, wird sie von der Psychologie als graduelle Aufmerksamkeit und Persönlichkeitseigenschaft aufgefasst, die auf verschiedene Arten praktiziert werden kann und als Copingstrategie eingesetzt wird. In der Theologie und den Religionswissenschaften liegt der Fokus auf religiösen Ausdrucks- und Deutungsformen, welche das menschliche Leben prägen. Während sich die Spiritual Care Forschung im Wesentlichen auf Hubers drei-dimensionales interdisziplinäres Modell und Health Care beschränkt, plädiert Hense für eine vielversprechende Erweiterung und Modifikation dieses Modells auf die Gebiete der Pädagogik, des Managements und der Kunst. Wie Biberman in seinem Kapitel zur organisationalen Spiritualität aufzeigt,⁴¹ erweist sich der interdisziplinäre Zugang zu Spiritualität als sehr schwierig. So gibt es zwischen den verschiedenen Disziplinen nicht nur unterschiedliche Vorstellungen über die methodische Erfassung von Spiritualität. Während der Forschungszugang in der Psychologie, Soziologie und den Wirtschaftswissenschaften viele Parallelen aufweist, unterscheidet er sich methodisch deutlich von der Theologie und der Religionswissenschaft.

Konsequenzen der verschiedenen Zugangsweisen für das Forschungsprojekt

Wie unsere Projekterfahrungen gezeigt haben, stellen diese unterschiedlichen Zugänge wesentliche Hürden in der praktischen Umsetzung dar, so dass es bislang nicht gelungen ist, Spiritual Care erfolgreich in der Praxis des Gesundheitswesens zu etablieren. Es zeigt sich, dass im Gesundheitswesen nicht

⁴⁰ Huber, S. „Der Religionsmonitor 2008: Strukturierende Prinzipien, operationale Konstrukte, Auswertungsstrategien“. In: Woran glaubt die Welt. Analysen und Kommentare um Religionsmonitor 2008. (eds. Bertelsmannstiftung; Gütersloh 2009).

⁴¹ Biberman, J. (2014): Spirituality in organizations: Paralleles with spirituality in other disciplines – toward a coherent theory. In: Present-Day Spiritualities, Contrasts and Overlaps, Edited by Hense, E., Jespers, F. & Nissen, P., S. 110.

nur eine grosse Hemmschwelle gegenüber dem Wort der „Spiritualität“, sondern im naturwissenschaftlich geprägten Umfeld eines Akutspitals auch im Umgang mit der Transzendenz besteht. Eine mögliche Begründung für diese Erfahrung liegt darin, dass sich die Medizin im Prozess der Ökonomisierung in den letzten Jahren immer mehr funktionalisiert hat. Deshalb erscheint in der vorliegenden Arbeit die Auseinandersetzung mit konstruktivistischen Spiritualitätsverständnissen als dritte Perspektive ratsam.

Wie sich in der Praxis zeigt, stellen konstruktivistische Perspektiven für die konfessionelle Seelsorge eine besondere Herausforderung dar, da sie den Menschen als Konstrukteur seiner eigenen Religiosität und Spiritualität ernst zu nehmen hat. Die Gründe für diese weitverbreitete Skepsis der Theologie gegenüber dem Konstruktivismus, scheinen auf der Hand zu liegen. Der Hauptgrund liegt wohl im konstruktivistischen Gedanken, Gott als kognitive Konstruktion und Schöpfung des Menschen zu thematisieren. Dabei wird nicht nur Gott abgesetzt und seine Prädikate auf den Menschen übertragen. Vielmehr wird der Mensch selbst zum Schöpfer, indem er die Welt schafft und die Wirklichkeit konstruiert. Obwohl der Konstruktivismus nicht als einheitliche Theorie diskutiert wird – und sich der konstruktivistische Diskurs dieser Arbeit wesentlich auf die Auseinandersetzung mit Luhmann beschränkt – geht der Konstruktivismus von der Grundthese aus, dass die „Welt an sich“ nicht erkennbar ist und daher objektive Erkenntnis nicht möglich ist. Indem das kognitive System aktiv die Inhalte der Wahrnehmung erzeugt, konstruiert es sich seine Wirklichkeit selbst. Dadurch werden Wahrnehmung, Erkenntnis und Wissen zu aktiven Prozessen von Ordnungsbildung und Sinnstiftung.

Während in Charles Taylors Theorie das menschliche Bedürfnis nach Sinn wesentlich in der Transzendenz des diesseitigen Lebens besteht, vertritt die vorliegende Arbeit die These, dass in einem ökonomisierten und funktionalisierten Umfeld Sinnfindung durch ein kohärentes Modell der Erlebenswelt stattfindet. In diesem Sinne definiert sich Lebensfülle heuristisch nicht als Massstab oder als Zustand, der sich durch externale Einflüsse oder Kräfte von aussen „ereignet“ oder durch rituelle Handlungen Erfahrungen transzendiert. Vielmehr erschliesst sich Lebensfülle als Produkt einer persönlichen Strategie. Biographische Ereignisse, Persönlichkeitseigenschaften, Werthaltungen, Bedürfnisse und Einstellungen werden in kohärenter Weise so miteinander in Verbindung gebracht werden, dass das Individuum, auch in Anbetracht belastender äusserer Umstände, in seinem Leben Zufriedenheit und Erfüllung erfährt. Diese Kompetenzvermittlung zur Entwicklung einer individuellen Strategie erfolgt in einem funktionalistisch ökonomisierten Umfeld nicht durch eine transzendierende oder inhaltliche, sondern vielmehr durch eine funktionalistisch-konstruktivistische Perspektive.

2.2 Die Bedeutung der Aszetik in der Theologie

Die Theologia Aszetika

Ich komme auf die geschichtlichen Vorläufer der Spiritualitätsforschung zurück. Das Verständnis der Wurzeln soll helfen, die Theologie der Spiritualität im Hinblick auf die Didaktik des geistlichen Lebens und in ihrer Bedeutung der Daseinsbewältigung des Menschen besser zu verstehen. Erste Impulse zur Bedeutung der Aszetik in der Theologie lassen sich in den Grundlagen der christlichen Aszetik finden. Diese entstand im 17. Jahrhundert auch unter dem Namen *theologia ascetica* - wohl als analoge Wortbildung zur *theologia mystica*. Die aszetische Perspektive in der Theologie fragt danach, wie in theologischen Reflexionen Glauben und christliches Leben miteinander in Beziehung gesetzt werden, d.h. wie theologische Reflexionen über den Glauben mit theoretischen und praktischen Hinweisen eines Lebens im Glauben verschränkt werden.⁴² So ist die aszetische Perspektive gewissermassen das Bindeglied, um Einsichten in der akademischen Theologie auf die Praxis des gelebten Glaubens und umgekehrt zu beziehen.⁴³ Eine aus dieser Aufgabe abgeleitete Lehrgestalt der Aszetik hat Studierende der Theologie zum übenden Umgang mit dem Gebet (*oratio*), der Heiligen Schrift (*meditatio*) und der Anfechtung (*tentatio*) anzuleiten und deutlich zu machen, dass Theologie nicht ohne persönliche Betroffenheit studiert werden kann.⁴⁴

Verbindung von Aszetik und Mystik in der katholischen Theologie

Die dazu erforderliche Didaktik des geistlichen Lebens kann sich auf katholische Vorarbeiten stützen. Wie Simon Peng-Keller⁴⁵ zeigt, hat die Zweipoligkeit von Pathos und Ethos die Theologie der Spiritualität von allem Anfang an beschäftigt und in ihrem Selbstverständnis geprägt. So hat sich in der katholischen Theologie die *Theologia ascetica et mystica* bereits im 17. Jahrhundert als eigenständiges Fachgebiet herausgebildet, welches, wie sich noch zeigen wird, immer wieder in einem Spannungsverhältnis zwischen der Spiritualität als Lebensvollzug und rational argumentierender (neo-) scholastischer Tradition lag. Im Vordergrund dieses neuen Fachgebietes stand die „geistliche Unterweisung“ von Priestern, Novizen und Ordensangehörigen. Dieses Zusammenspiel von emotionaler Leidenschaft und sittlicher Gesinnung gilt als Charakteristikum von christlicher Spiritualität. Als Theologie des geistlichen Lebens vermag die vom Karmeliten Philipp von der Trinität 1656 veröffentlichte „*Summa theologiae mysticae*“ diese Zweipoligkeit von aktiver Lebensführung und Wirkung des Geistes am Modell des

⁴² Raschzok, K. (2012): Zur Wiederentdeckung einer Disziplin der akademischen Praktischen Theologie und ihrer Forschungs- und Lehrgestalt. In: Kunz, R. & Kohli Reichenbach, C. (Hg). *Spiritualität im Diskurs. Spiritualitätsforschung in theologischer Perspektive*. Band 4. Zürich: Theologischer Verlag, S. 13-36.

⁴³ Ebd., S. 34.

⁴⁴ vgl. Möde, E. (2007): *Theologie der Spiritualität - Was ist das? Ein Beitrag zur Grundlagenforschung einer fragwürdigen Medizin*. In: Möde, E., *Theologie der Spiritualität*, S. 15.

⁴⁵ Peng-Keller, S. (2011): *Theologie der Spiritualität als Hermeneutik des geistlichen Lebens*. In: *Geist und Leben* 84 (3), S. 239.

dreifachen Weges weiter zu verdeutlichen.⁴⁶ Während in der Anfangsstufe des geistlichen Lebens das aktive Bemühen um das asketische Ethos im Vordergrund steht, wird die finale Phase vom Pathos der mystischen Erfahrung dominiert. Verbunden werden die beiden Pole von der *via illuminata*, die sich als Übergang vom aktiven zum passiven Gebet versteht. So wird in diesem Einheitsmodell das aktive Bemühen um eine ethische Lebensführung, mit passivem verwandelt-Werden in der Kraft des heiligen Geistes verbunden.

Spirituelle Theologie an katholisch-theologischen Fakultäten

Diese Einheit hat sich bereits in der Mitte des 17. Jh. mit der Aufteilung in die Aszetik und Mystik aufgelöst. Wie Peng-Keller zeigt, dürfte diese Trennung der asketischen von der mystischen Theologie und die Zuordnung der Aszetik zur Moraltheologie einer der Gründe sein, weshalb sich die Theologie der Spiritualität als eigenes Lehrfach in der katholischen Theologie - trotz des Neuaufbruchs zu Beginn des 20. Jh. - nur zögerlich entwickelte.⁴⁷ Wie Möde in seiner darstellenden Zusammenfassung zeigt, erhält die Aszetik als „Wissenschaft der Frömmigkeit“ unter Papst Benedikt XV. im Jahre 1917 ihren ersten Lehrstuhl am Athenäum Angelicum in Rom, wobei das Fach als Hilfs- und Spezialdisziplin der Moraltheologie und Dogmatik zu verstehen war. Kurz vor Beginn des zweiten Vatikanums wird an der Päpstlichen Universität Gregoriana das Institut (später Fakultät) für „Theologie der Spiritualität“ eingerichtet. Unter den theologischen Fächern wird die „Theologia moralis et spiritualis“ platziert, womit das Fach „Spirituelle Theologie“ an allen katholisch-theologischen Fakultäten etabliert war.⁴⁸ Die Identität der „Spirituellen Theologie“ erfuhr mit dem zweiten Vatikanum starke Wandlungsimpulse, wobei die wachsende Popularität der Spiritualität in den intradisziplinären Paradigmen der einzelnen theologischen Fächer eine gewisse Rolle spielte. Dadurch kommt der Theologia spiritualis, seit einem Vierteljahrhundert, zumindest ein bescheidener Stellenwert als Lehrfach und Forschungsdisziplin an katholischen Hochschulen zu. Wie Simon Peng-Keller zeigt, konnte auch die Reform des Zweiten Vatikanischen Konzils die Institutionalisierung einer Theologie der Spiritualität zumindest im deutschsprachigen Raum nicht fördern.⁴⁹ So verweist die Geschichte der Emanzipation „Spiritueller Theologie“ auf das spannungsreiche Verhältnis von Theologie und Spiritualität. Dabei sind die Grundsatzfragen nach der Eigenidentität der „Theologie der Spiritualität“ im Nachvollzug des zweiten Vatikanischen Konzils offener denn je.⁵⁰

⁴⁶ Ebd., S.240.

⁴⁷ Ebd., S.242.

⁴⁸ Möde, E. (2007): Theologie der Spiritualität - Was ist das?, S. 15.

⁴⁹ Peng-Keller, S. (2012): Geistreiche Theologie zu geistbestimmtem Leben? In: Kunz, R. & Kohli Reichenbach, C. (Hg). Spiritualität im Diskurs. Spiritualitätsforschung in theologischer Perspektive, S. 37-53.

⁵⁰ Möde, E. (2007): Theologie der Spiritualität – Was ist das?, S. 16.

Aszetische Theologie in der reformatorischen Theologie

Dieser Begriff der *Theologia ascetica* als Daseinsbewältigung nach den Massstäben des Evangeliums, wurde ebenfalls von der reformatorischen Theologie aufgenommen und der Praktischen Theologie zugeordnet.⁵¹ Der Beitrag von Klaus Raschzok⁵² zur Evangelischen Aszetik zeigt, dass das 1664 erschienene Buch des niederländischen Theologen Gisbertus Voetius, als klassischer Entwurf der reformatorisch geprägten Aszetik betrachtet wird.⁵³ Obwohl der Leser zu „Übungen der Gottseligkeit“ angeleitet werden soll, wurde das lateinische Werk nicht in die Landessprache verfasst, sondern als Teil der *theologia practica* behandelt. Diese Praktische Theologie differenziert sich bei Voetius in folgende drei Hauptdisziplinen: *theologia moralis seu decalogica*, *theologia ascetica* und *politica ecclesiastica*. Dabei gilt die *ascetica* als der Teil der theologischen Wissenschaft, welcher die systematische Beschreibung der Praxis der Gottseligkeit beinhaltet⁵⁴. Für Voetius umfasst diese Praxis das gesamte Leben des Christen und beinhaltet sowohl religiöse Praktiken und Rituale, emotionale Aspekte, Übungen (Bibelstudium, Predigtübungen) als auch den „geistlichen Kampf“ der Versuchung sowie der „Ars moriendi“. Wie Raschzok zeigt, hatten bereits zu dieser Zeit historische Ereignisse (wie der dreissigjährige Krieg) Auswirkungen auf die Aszetik, indem diese künftig immer mehr in den Hintergrund tritt, während ihr Anliegen in der Pastoraltheologie aufgeht. Im 20. Jahrhundert verhält sich die akademische Theologie dann gegenüber der evangelischen Aszetik sehr zurückhaltend, da die Gestaltung der persönlichen Frömmigkeit kein wissenschaftliches Thema mehr darstellt.

Posititonierungsansätze von Aszetik in der Praktischen Theologie

1964 erlebt die Aszetik in der reformierten Theologie eine Renaissance durch Rudolf Bohren, den Schüler von Eduard Thurneysen, der die Aszetik als Lehre vom christlichen Leben als erste unter anderen Sachgebieten der Praktischen Theologie einführt.⁵⁵ Er betont, dass die Aszetik darauf hinweise, dass „Theologie nicht ohne Betroffenheit“ studiert werden kann. In diesem Sinne verschränkt sich die historisch-kritische Beschäftigung mit der Existenz der Texte mit der *Meditatio* im Hinblick auf Gegenwart und Zukunft. Diese werden verknüpft mit der *Oratio* als dem anbetenden Gehorsam. Dadurch will Bohren die Praktische Theologie aus ihrem „verschlafenen Zustand“ reissen und als „Wissenschaft von der aktuellen Sammlung und Sendung der Kirche verstehen“.⁵⁶ In diesem Sinne geht Bohren von einem kirchlichen Charakter der Theologie aus, indem sie die Ergebnisse der theologischen Wissenschaft im

⁵¹ Peng-Keller, S. (2011): Theologie der Spiritualität als Hermeneutik des geistlichen Lebens. In: *Geist und Leben* 84 (3), S. 241.

⁵² Raschzok, K. (2012): Zur Wiederentdeckung einer Disziplin der akademischen Praktischen Theologie und ihrer Forschungs- und Lehrgehalt. In: Kunz, R. & Kohli Reichenbach, C. (Hg). *Spiritualität im Diskurs. Spiritualitätsforschung in theologischer Perspektive*. Band 4. Zürich: Theologischer Verlag, S. 13-36.

⁵³ Ebd., S. 14. Verweis auf: Gisbertus Voetius (1664): *TA AKSETIKA sive Exercitia pietatis in usum juventutis academiae nunc edita*.

⁵⁴ Ebd.

⁵⁵ Knieling, R. (2009): Was predigen wir? Eine Homiletik, Kap. 7, Rudolf Bohren, in der Gegenwart des Geistes predigen. Verweis von Raschzok auf das Werk von Rudolf Boren (1964): *Einführung in das Studium der evangelischen Theologie*. Unter Mitarbeit von M. Linz/R. Bach/G. Eichholz/J. Moltmann/K. G. Steck/E. Wolf.

⁵⁶ Raschzok, K. (2012):, S. 216.

Hinblick auf ihre Relevanz in der Praxis interpretiert. Durch diese Auseinandersetzung mit der Tradition positioniert er sich gegen die Traditionsvergessenheit eines Friedrich Schleiermacher. Dabei weist er der Praktischen Theologie eine regulierende Funktion zwischen Theologie, Kirche und Welt zu. Ihm geht es im Theologiestudium nicht um die Einübung in die Praxis, sondern um ein „Aufnehmen und Sehen der kirchlichen Probleme“. Mit seiner spirituellen Gestalt der Praktischen Theologie sucht Bohren Antworten auf die bedrängenden Herausforderungen einer zunehmend unkirchlicher werdenden Gesellschaft.

Eine solche Antwort auf die zunehmende „Unkirchlichkeit“ versucht zeitgleich auch Manfred Seitz mit seinem „Entwurf vom geistlichen Leben“ zu geben.⁵⁷ In seiner Aszetik beschäftigt er sich unter anderem im zweiten Kapitel mit „dem Problem Frömmigkeit in der heutigen Welt“. Beeinflusst ist Seitz durch das Studium der katholischen asketischen Literatur, die nach „christlicher Vollkommenheit“ strebt und dadurch auf ethische Werthaltungen ausgerichtet ist. Im Gegensatz zur katholischen Askese gelangt der Mensch, nach reformierter Tradition, nicht durch Übungen und äussere Tugendmittel zu sittlicher Vollkommenheit. Vielmehr sollen Leib und Seele aus dem inneren Trieb des Glaubens und aus der Kraft des Geistes gezüchtigt werden. So ist nach reformatorischem Verständnis Askese nicht *„Leistungs- und Verdienstwerk auf Gott hin..., sondern Auswirkung der von Gott her eröffneten Lebensgemeinschaft mit ihm“*.⁵⁸ Auch für Bohren setzt Askese Freiheit voraus, die bei der Neuschöpfung beginnt. So wird der Mensch durch Wiedergeburt zum „Mitspieler im Spiel der Weisheit vor Gottes Angesicht“.⁵⁹ In diesem Sinne wird Askese zur menschlichen Kehrseite der Verwandlung durch den Geist, indem der Mensch zum „Künstler seiner selbst wird“ und „etwas aus sich macht“. Für Bohren ist *„Askese die Zucht, in der sich der Mensch höher züchtet, und in der er eine neue Rolle findet“*.

Der Vorstoss einer evangelischen Aszetik durch Rudolf Bohren und Manfred Seitz, ist in der Praktischen Theologie auf unterschiedliche Resonanz gestossen und wurde durchaus auch kritisch bewertet. So gab es mit Manfred Josuttis „Handwerk des Religiösen“⁶⁰ oder Sabine Boberts „Jesus-Gebet und neue Mystik“⁶¹ weitere Versuche, spirituelle Praxis mit der wissenschaftlichen Theologie zu verbinden. Sabine Bobert schreibt dazu: *„Solange das akademische Theologiestudium ausschliesslich mit profanen Arbeitsmethoden vertraut macht und die Rolle spiritueller Methoden für den Pfarrberuf und dessen Vorbereitung weitgehend unberücksichtigt lässt, kann der Protestantismus seinen Grundimpuls zur Spiritualisierung der Profanität nur rudimentär realisieren“*.⁶² Indem Aszetik zur Hermeneutik von gelebter Religion wird, wird der Spiritualität eine transformatorische Funktion zugeschrieben. Aufgrund dieser

⁵⁷ Ebd., S. 2.

⁵⁸ Ebd., S. 22.

⁵⁹ Ebd., S. 24, Verweis auf Rudolf Bohren (1793): Fasen und Feiern. Meditationen über Kunst und Askese.

⁶⁰ Josuttis, M. (2002): Religion als Handwerk. Zur Handlungslogik spiritueller Methoden, S. 43.

⁶¹ Bobert, S. (2010): Jesus-Gebet und neue Mystik. Grundlagen einer christlichen Mystagogik. S. 9.

⁶² Ebd., S. 11.

Ausführungen zeigt sich, dass das im Zusammenhang mit der modernen Spiritualität formulierte Bedürfnis nach Selbstentfaltung und Entwicklung in der Praktischen Theologie über verschiedene Jahrhunderte hinweg stark verankert ist. So sind Transformationsprozesse sowohl für die christliche Aszetik als auch für die Spiritual Care von Bedeutung. Dabei teile ich Boberts Beobachtung, dass die Auseinandersetzung mit der Bedeutung von Spiritualität und Suchprozessen in der praktischen Umsetzung, von der wissenschaftlichen Theologie an die kirchliche Ausbildung delegiert wird. Dies mit weitreichenden Konsequenzen, da das kirchliche System, im Gegensatz zur wissenschaftlichen Theologie, kaum über eine Gesprächskultur zu Bohrens propagierter Auseinandersetzung mit dem „Sehen von kirchlichen Problemen“ verfügt. So sind die Kirchen auch heute noch hierarchisch funktionierende Systeme, die stark in ihren Traditionen verhaftet sind und die sich damit schwer tun, sich auf einen gesellschaftlichen Dialog über veränderte Wertesysteme einzulassen. Inzwischen gibt es verschiedene Forderungen, *„dass die Theologie insgesamt spiritueller und sich ihrer geistlichen Dimension in allen Disziplinen neu bewusst werden müsse“*.⁶³

Methodologische Probleme

Jedoch stellen sich bei der Definition der Theologie der Spiritualität als eigene Disziplin verschiedene methodologische Probleme. Neben einer systematisch-theologischen Reflexion, hat sie sich mit verschiedenen gelebten Spiritualitätsformen in Vergangenheit und Gegenwart, sowie mit den entsprechenden religiös-spirituellen Lehren zu befassen. Inzwischen haben auch die nicht-theologischen akademischen Fachgebiete der Psychologie, Pädagogik und Soziologie verstärkt begonnen, spirituelle Themen aufzugreifen. Da „Aszese und Mystik“ bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts durch die Philosophie, Religionsphänomenologie und Religionswissenschaft bearbeitet worden ist, kann der Theologie kein „Monopol“ für das „Spirituelle“ zukommen. Wie der Vergleich mit der angloamerikanischen Forschung zeigt, begann sich das Fach „Spiritualität“ seit ca. 1970 von den theologischen Disziplinen konsequent abzukoppeln, um innerhalb der „Religious Studies“ einen eigenständigen Forschungsbereich zu etablieren. An amerikanischen Hochschulen wird unterschieden zwischen „study of spirituality“ und „Christian spirituality“ als konfessionsgebundener Disziplin. Theologisch erweist es sich als strittig, was als „Spiritualität“ zu beschreiben und zu deuten ist. Wie wir später bei den Gesundheitswissenschaften sehen werden, ist der erst im 20. Jh. allgemein rezipierte Begriff auch theologisch nicht unabhängig von verschiedenen Interessen. In einer Gesellschaft, welche dem Erleben einen hohen Stellenwert beimisst, ist - aus anthropologischer Sicht - im Gesundheitswesen eine enge Verbindung mit handlungsleitenden Werten zu fordern. So können Entwicklungs- und Transformationsprozesse nicht ohne

⁶³ Peng-Keller, S. (2012): Geistreiche Theologie zu geistbestimmtem Leben? In: Kunz, R. & Kohli Reichenbach, C. (Hg). Spiritualität im Diskurs. Spiritualitätsforschung in theologischer Perspektive, S. 45.

Verbindung zur Handlungsebene erforscht werden.

2.3 Kriterien einer reformatorischen Spiritualität

Der zunehmende „Markt“ an spirituellen Aus- und Weiterbildungsprogrammen macht deutlich, dass Spiritual Care längst nicht mehr nur in den Zuständigkeitsbereich der Seelsorge gehört. Deshalb stellt sich an dieser Stelle die Frage, was in der Theologie als das Spezifische an christlicher Spiritualität zu verstehen ist.

Wie Gerwing in seiner Auseinandersetzung mit der von den Niederlanden ausgehenden Erneuerungsbewegung der *Devotio Moderna* zeigt, bedürfe es in der christlichen Spiritualität eines steten Erneuerungsprozesses des Wechsels zwischen „*actio*“ und „*contemplatio*,“ Diese ständige Formierung im Sinne einer re-formatio des Glaubens sei als lebenslange „Bekehrung“ im Sinne einer lebenslangen „Umkehr“ eines sich Umwendens des Menschen zu Gott zu vollziehen. Jörg Schneider hält fest, dass die konfessionsspezifische Spiritualität, in ihrer Bandbreite an Phänomenen, an ihren Rändern unscharf und überlappend zu anderen Konfessionen bleibt.⁶⁴ Dabei haben sich folgende Idealtypica protestantischer Spiritualität herausgebildet:⁶⁵

1. Bibelbezug des *sola scriptura*: Hierzu gehören z.B. die Herrnhuter Losungen, Taufsprüche, Denksprüche zu Konfirmation und Trauung. An dieser Stelle ist ebenfalls die Psalmenfrömmigkeit zu nennen.
2. Unmittelbare Christusfrömmigkeit als *solus christus*: Diese erfolgt reformatorisch ohne zusätzliche Heiligenverehrung und Aneignung des Heils durch eine Heilsvermittlung des Priesters.
3. Die Vergegenwärtigung geschieht unter dem Aspekt von *sola fide*, weniger in den Sakramenten als im Aufbau einer persönlichen Gottesbeziehung.
4. Die Askese liegt in der Hochschätzung des im Leiden erwirkten Heils begründet, die sich als Leib- und Lustfeindlichkeit äussern kann. Zur Rechtfertigungserkenntnis *sola gratia* gehört eine Anthropologie, welche sowohl von der Sündhaftigkeit in Augustinischer Tradition als auch vom reformatorischen Verständnis von Gnade ausgeht. Dabei wird die Lebens- und Glaubenspraxis von der Art der Verhältnisbestimmung von Gesetz und Evangelium geprägt.
5. Der Gottesdienst beinhaltet eine sakramentale Vergegenwärtigung des Opfertods Christi, wobei Gesang und Predigt einen breiten Raum einnehmen. Das Wort Gottes wird eher wörtlich als symbolhaft in einer Atmosphäre von Vernunft, Klarheit und Nüchternheit ausgelegt.
6. Als besonderes Kennzeichen protestantischer Spiritualität lässt sich der Katechismus im

⁶⁴ Schneider, J. (2011): *Moderne Frömmigkeit zwischen Zeitgeist und Zeitlosigkeit*, S. 310.

⁶⁵ Ebd., S. 311. Jörg Schneider bezieht sich bei der Entwicklung einer protestantischen Theologie der Spiritualität auf Gilles Bourquin (2011): *Théologie de la spiritualité. Une approche protestante de la culture religieuse en postmodernité*, Genève (Labor et Fides), S. 364-368.

didaktischen Frage-Antwort-Schema verstehen.

7. Zur Spiritualität des Protestantismus gehören die Neuerung, Gruppenbildung, das Gemeinschaftswesen und die Suche nach angemessenen Formen zum Ausdruck der Frömmigkeit.
8. Die Bandbreite der protestantischen Bilderkritik reicht von lutherischer Entsakralisierung der Bilder zugunsten einer Pädagogisierung bis zum calvinistischen Bildersturm. Dies verdeutlicht, dass Heilungsvermittlung keinesfalls über Dinge geschieht.

Die Auseinandersetzung zeigt, dass sich die reformierte Theologie wesentlich an der Grundlage der Rechtfertigungslehre orientiert. Ausgangspunkt ist eine Anthropologie, die von der Sündhaftigkeit des Menschen ausgeht. Dabei ist die reformatorische Spiritualität wesentlich darauf fokussiert, den Menschen in Kontakt mit der göttlichen Gnade zu bringen. Dies erfolgt durch die Vergegenwärtigung von Opfertod und Gegenwart Christi im Wort und in den Sakramenten. Nachfolgend werden mit Bezug auf verschiedene Autoren weitere zentrale Ansprüche zum Umgang mit christlicher Spiritualität aufgegriffen und in Bezug auf die Umsetzung von Spiritual Care im klinischen Kontext reflektiert.

Vier zentrale Ansprüche zum Umgang mit christlicher Spiritualität

Bezogenheit von christlicher Spiritualität

Zur christlichen Spiritualität gehört das Wissen um die grundsätzliche Erfahrbarkeit Gottes. Sie erwächst aus einer menschlichen Suchbewegung, die von Gott initiiert ist und ohne Gottes Gnade und Geist nicht zum Ziel kommen wird. Charakteristisch für christliche Spiritualität ist auch ihre Bezogenheit auf Christus als den „Anfänger und Vollender des Glaubens“ sowie ihre Hoffnung auf das, was über die Begrenztheit des menschlichen Lebens hinausgeht. Dabei zeigt sich christliche Spiritualität gegenüber menschlichen Suchbewegungen offen, um gleichzeitig Bezug auf ihren Ausgangspunkt des Glaubens zu nehmen. In Bezug auf die Umsetzung von Spiritual Care wird deutlich, dass die Weltanschauungen von Menschen nicht „neutral“, sondern auch bei nicht-religiösen Menschen Bezug nehmen auf persönliche Erfahrungen, Bildung, Lehren, Erziehung, Wertvorstellungen und Überzeugungen.

Lebensförderlichkeit als wichtiges Kriterium für Spiritualität

Peter Zimmerling fordert als wichtiges Kriterium die Unterscheidung zwischen lebensförderlichen und lebensbeeinträchtigenden bzw. lebenszerstörenden Spiritualitätsformen.⁶⁶ Diese Unterscheidung erweist sich, angesichts der zunehmenden Pluralität und Unübersichtlichkeit an christlichen und nicht-christlichen spirituellen Angeboten, als wichtige Voraussetzung für die Umsetzung von Spiritual Care. Dies umso mehr, weil die Theologie in dieser Auseinandersetzung in einen Dialog mit der Psychologie tritt. Dieser Diskurs zwischen Theologie und Psychologie ist deshalb zentral, weil immer mehr

⁶⁶ Zimmerling, P. (2003): Evangelische Spiritualität. Wurzeln und Zugänge, S. 20ff.

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen Hilfe bei Pfarrpersonen in Kirchgemeinden suchen. So leiden gerade Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen oder Zwangsstörungen darunter, dass sie lebenszerstörenden Handlungen in der Krankheit ausgeliefert sind. Oft zeigt sich, dass psychisch beeinträchtigte Menschen religiöse oder spirituelle Handlungen in dieses Krankheitsgeschehen integrieren, was aus medizinischer Sicht lebensbeeinträchtigendes Verhalten unterstützt - von den Betroffenen als solches jedoch nicht wahrgenommen werden kann.

Fähigkeit zur Reflexion persönlicher Spiritualität

Andere Menschen in ihren spirituellen Fragen unterstützend zu begleiten – und nicht die eigenen Spiritualitätskonzepte auf sie zu übertragen – erfordert eine kritische Reflexionsfähigkeit. Eine solche ermöglicht es, gegenüber der eigenen spirituellen Haltung eine kritische Distanz einzunehmen. Diese Fähigkeit zur Reflexion ist wichtig, um Pfarrpersonen und Seelsorgende vor „frommer Ghettoisierung“ und „fundamentalistischer Selbstverabsolutisierung“ der eigenen Spiritualität zu bewahren.

Respekt im Umgang mit Menschen anderer spiritueller Orientierung

Ein weiteres wichtiges Kriterium in der spirituellen Begleitung ist die Auseinandersetzung mit anderen Religionen und Spiritualitätsformen. So führt die Begegnung mit fremder Religiosität und Spiritualität nicht selten zur Erfahrung, dass entweder die eigene Religion oder Spiritualität als absolut erlebt, oder aber durch das Fremde in Frage gestellt wird. Als Begegnungs- und Beziehungsraum zweier Menschen ist Spiritualität als dynamische Bewegung im Zwischenraum eines Ich und Du. Dies im Gegensatz zur Asymmetrie der medizinisch-therapeutischen Begleitung, wo das Wissen und die Wahrnehmung eines Arztes oder Therapeuten im Vergleich zum Patienten oft als Massstab von Behandlung und Begleitung gelten.

Deutung spiritueller Phänomene

In unserer modernen Gesellschaft ist auch die Deutung religiöser und spiritueller Phänomenen komplexer geworden. Deshalb fordert Corinna Dahlgrün den Einbezug der Humanwissenschaften zur Untersuchung spiritueller Phänomene.⁶⁷ Dass religiöse Erfahrungen an Körperwahrnehmungen, visuellen, akustischen oder taktilen Erscheinungen festgemacht werden, erfordert eine fundierte Auseinandersetzung mit der Medizin und Psychiatrie. Auch wenn Spiritualität in der unauflösbaren Spannung zwischen Lehrbarkeit und Unverfügbarkeit geheimnisvoll bleibt und der menschlichen Machbarkeit entzogen bleibt, bedarf es einer sorgfältigen Auseinandersetzung mit ihren Ausdrucksweisen. So gilt es abzuwägen, ob Spiritualitätsformen vereinbar sind mit der Weise, wie die jeweilige Kultur die Wirklichkeit versteht. Dabei ist es wichtig, dass Spiritualität das in-Beziehung-Sein zu sich selbst, zu anderen

⁶⁷ Dahlgrün, C. (2012): Die Gabe, die Geister zu unterscheiden. Von den Kriterien christlicher Spiritualität. In: Kunz, R. & Kohli Reichenbach, C., Spiritualität im Diskurs. Spiritualitätsforschung in theologischer Perspektive. 4. Band, S. 81ff.

Menschen und zur Welt nicht gefährdet. So verhält sich Spiritualität weder lieblos zu sich selbst und anderen Menschen, noch bietet sie eine geeignete Fluchtmöglichkeit aus den Problemen des täglichen Lebens.

Spiritualität als gelebte (Glaubens-)Kultur

Wie Lieven Boeve zeigt, spielt der Begriff der Enttraditionalisierung nicht nur auf den Niedergang von Europas institutionalisiertem christlichem Horizont an, sondern verweist auf eine allgemein beobachtbare soziokulturelle Unterbrechung von Traditionen.⁶⁸ In unserer modernen Gesellschaft gilt es nicht mehr als selbstverständlich, dass Traditionen von einer Generation an die nächste weitergegeben werden. So erfolgt Identitätsbildung kaum mehr in Form einer automatischen Erziehung in vorgegebene Ansichten und Praktiken, welche die Sicht auf Sinn und die soziale Existenz beeinflussen. Die Folge dieses „Enttraditionalisierungsprozesses“ ist die Individualisierung, die jedes Individuum mit der Aufgabe betraut, seine oder ihre persönliche Identität zu konstruieren. Dadurch werden Traditionen zu Optionen unter vielen Möglichkeiten, unter denen ein Individuum zu wählen hat. Diese Vielfalt an Wahlmöglichkeiten, Lebensformen und Handlungsoptionen führt bei immer mehr Menschen zu einem verstärkten Bedürfnis nach Halt. Auf der Suche nach Vorbildern steigt die Bereitschaft, für entsprechende Angebote einen hohen Preis zu bezahlen. Im Zeitalter von Individualisierung und Freiheit sehen sich Menschen nach dem bedingungslosen Ja zum Leben, zum eigenen geworden-Sein, zu persönlichen Wertvorstellungen und Orientierungen. Menschen suchen in einer modernen Welt, die immer mehr von eigenen Interessen bestimmt ist, nach zwischenmenschlichen Werten wie Vertrauen, Hingabe oder Verlässlichkeit. Aus dieser Perspektive sind bei einem Grossteil der Bevölkerung heute weniger die Förderung von Frömmigkeit durch Tradition, sondern vielmehr die Förderung von ethischen Werten, Konfliktfähigkeit, Durchhaltevermögen und sozialem Engagement zum Wohl unserer Gesellschaft gefragt. Diese können als wichtige Grundvoraussetzungen in der Spiritualitätskultur verstanden werden.

Erforschung von Gestaltungsformen im soziokulturellen Kontext

In Anbetracht von wissenschaftlichen und soziokulturellen Veränderungen, sollte eine wesentliche Aufgabe christlicher Spiritualität auch darin bestehen, Gestaltungsformen der Spiritualität in der Geschichte und Gegenwart zu erforschen. Dabei geht es um die wissenschaftliche Entwicklung und Prüfung von Kriterien christlicher Spiritualität, die in verschiedenen Praxiskontexten angewendet werden und an die entsprechenden Bedürfnisse des jeweiligen Kontextes angepasst sind.

⁶⁸ Boeve, L. (2012): Unterbrechung und Identität in der pluralistischen Welt von heute. Spiritualität und das offene Narrativ. In: Kunz, R. & Kohli Reichenbach, C., Spiritualität im Diskurs. Spiritualitätsforschung in theologischer Perspektive. 4. Band, S. 161ff.

2.4 Methodik der theologischen Spiritualitätsforschung

Möde skizziert und unterscheidet fünf Hauptstränge der „Theologischen Spiritualitätsforschung“: Spiritualitätsgeschichte, systematische Theologie der Spiritualität, Anthropologie der Spiritualität, angewandte Spiritualitätsforschung, komparative und transreligiöse Studien der Spiritualität.⁶⁹ Für eine anwendungsfähige, wissenschaftlich ausgewiesene und integrative „Theologie der Spiritualität“ erachtet er es als unerlässlich, alle fünf Hauptstränge auf dem fortwährenden Hintergrund christlicher Offenbarungswahrheit zu verbinden. Im Unterschied zur Religionswissenschaft oder zum angloamerikanischen Spiritualitätsverständnis, wurzelt die christliche Spiritualität im Christusereignis und in der Kirche als primärer Trägerin der Spiritualität. So liegt das grundsätzlich Unterscheidende zwischen den pluralen religionswissenschaftlichen Herangehensweisen an „Spiritualität“ einerseits und der „Spirituellen Theologie“ andererseits in deren Verhältnis zu Christus als Heilsereignis, zu Offenbarung, Heilsgeschichte und Kirche.

Bereits Luther stellte in seiner Heidelberger Disputation fest, dass „nur der Vollzug theologischer Existenz auch Theologie im eigentlichen Sinne ermöglicht“.⁷⁰ Mit dem Trias „*oratio, meditatio, tentatio*“ - „Gebet, Schriftbetrachtung, Anfechtung“ bekräftigt Luther die praktische Umsetzung als „*eine rechte Weise, Theologie zu studieren*“.⁷¹ Nach reformatorischem Verständnis wurden Verstand, Weisheit und Leitung als Gnadengaben verstanden, die durch den Geist Gottes empfangen werden. Dies entspricht wesentlich einem mittelalterlichen Verständnis, welches noch nicht auf die Erkenntnisse der modernen Wissenschaften zugreifen kann. 200 Jahre später zeigt sich bei Johann Salomo Semler, dass sich mit den Anfängen einer historisch-kritischen Zugangsweise nicht nur die Methodik der Schriftbetrachtung verändert, sondern auch zu einer Intellektualisierung des evangelischen Glaubens führt.⁷² So kann eine rein rational orientierte akademische Theologie nicht erfassen, was ausserhalb ihrer Wahrnehmungsmöglichkeiten liegt. Anhand der wissenschaftlichen Entwicklung in der Neuzeit wird deutlich, dass geistgewirkte „Wunder“ auf einmal in Konkurrenz zu anderen physikalischen, mechanischen, evolutionsbiologischen oder psychologischen Erklärungsmodellen treten. Diese Entwicklungen spitzten sich im 19. Jahrhundert mit dem Einfluss der Psychoanalyse zu. Freuds Arbeiten erlangen im deutschsprachigen Raum so grosse Popularität, dass sie zum Grundstein der Etablierung der Psychologie als wissenschaftliche Disziplin an den Universitäten werden. Dabei wird Luthers „*tentatio*“ von Freud als Forderung vom Überich zum Triebverzicht beschrieben.

⁶⁹ Möde, E. (2007): Theologie der Spiritualität - Was ist das? Ein Beitrag zur Grundlagenforschung einer frag-würdigen Medizin, S. 16.

⁷⁰ Ruhbach, G. (1987): Theologie und Spiritualität. Beiträge zur Gestaltwerdung des christlichen Glaubens, S. 22.

⁷¹ Luther, M. (1539): Vorrede zu Bd. 1 der Wittenberger Ausgabe von 1539, WA 50, 658, S. 16.

⁷² Zimmerling, P. (2012): Integration der Spiritualität in das Studium der evangelischen Theologie. In: Kunz, R. & Kohli Reichenbach, C., Spiritualität im Diskurs. Spiritualitätsforschung in theologischer Perspektive, S. 130.

Da eine angewandte Spiritualitätsforschung grundsätzlich den Anspruch erhebt, sich auf die spirituelle Praxis zu beziehen, stellen sich einer „Theologie der Spiritualität“ vier wesentliche Herausforderungen:

Vier Herausforderungen der Theologie der Spiritualität

Inhomogenität der evangelischen Theologie

Die liberale Theologie geht davon aus, dass durch die Geschöpflichkeit des Menschen als Ebenbild Gottes das Göttliche in der Natur des Menschen bereits angelegt ist. Deshalb hat das Heilsereignis im Vergleich zur dialektischen oder evangelikalischen Theologie einen geringen Stellenwert. Wie sich später noch zeigen wird, gibt es zwischen der liberalen und dialektischen Theologie wesentliche theologische Differenzen in der Frage nach der Bedeutung des Göttlichen Geistes und seinem Wirken am Menschen.

Ausgestaltung der persönlichen Spiritualität in der Praxis

Gerwing sieht einen der entscheidenden Gründe für die aktuelle Krise im weitgehenden Ausfall der Erfahrung im gelebten „*fides qua*“ des Glaubens.⁷³ Der Erfahrungsmangel im Glaubensleben führt zu einem geistig – geistlichen Leerraum. Dabei wird christliche Spiritualität nicht nur durch Religionslosigkeit, sondern auch durch andere religiöse Erweckungsbewegungen, fernöstliche Meditationsmethoden und esoterische Praktiken konkurrenziert.

Umgang mit Laien in der spirituellen Begleitung

Diese Loslösung des persönlichen Spiritualitätsverständnisses von der systematischen Theologie und den bibelwissenschaftlichen historisch-kritischen Forschungsmethoden führt unweigerlich zur Frage nach der Professionalisierung von Spiritualität. So betätigen sich in der klinischen Praxis immer mehr Laien, im Sinne einer protestantischen Priesterschaft aller Gläubigen, als „spirituelle BegleiterInnen“ oder SeelsorgerInnen. Dabei zeigt sich, dass eine Spiritualität, die sich nicht auf ihr Proprium der theologischen Wissenschaft beruft, von anderen Berufsgruppen in der klinischen Praxis schnell zu einem Tätigkeitsfeld für Laien degradiert wird. Diese Entwicklung macht deutlich, dass die Auseinandersetzung, wie in theologischen Reflexionen Glauben und christliches Leben miteinander in Beziehung gesetzt werden, in unserer postmodernen Gesellschaft neu geführt werden muss. Dabei stellen sich sowohl Fragen nach den Kriterien christlicher Spiritualität als auch nach der Methodik einer Integration von Spiritualität in das Studium der evangelischen Theologie.

⁷³ Gerwing, M. (2007): "Christliche Spiritualität" aus dogmatischer Perspektive. Einige Thesen, S. 78.

Operationalisierung von Spiritualität im wissenschaftlichen Diskurs mit anderen Fachbereichen

Mit der Ausweitung der Spiritualitätsforschung auf die Human-, Sozial- und Religionswissenschaft, die sich in ihrem Forschungsverständnis dem methodologischen Agnostizismus und dem „Goldstandard“ der experimentellen Forschung verpflichtet fühlen, stellt sich die Frage nach einer Erweiterung der theologischen Forschung hin zur Empirie. Sowohl der christliche Glaube als auch die Wirkung des Heiligen Geistes sind keiner wissenschaftlichen Messbarkeit zugänglich. Jedoch lassen die Auswirkungen des christlichen Glaubens auf das menschliche Handeln, auf die emotionale Befindlichkeit oder auf religiöse Einstellungen durchaus empirische Aussagen zu. Dabei sind empirische Studien auch deshalb bedeutsam, weil sie Erkenntnisse zur Wechselwirkung des christlichen Glaubens mit der wissenschaftlichen Entwicklung und zu den soziokulturellen Entwicklungen ermöglichen.



Abbildung 1: Wechselwirkung der Spiritualität

Einfluss von soziokulturellen Einflüssen auf das Spiritualitätsverständnis

Da das Spiritualitätsverständnis wesentlich durch soziokulturelle Einflüsse geprägt wird, ist eine Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen und kulturellen Entwicklungen unerlässlich. Wenn aktuell Arbeitsprozesse in der Privatwirtschaft immer mehr nach ökonomischen Gesichtspunkten rationalisiert und durch Technologie optimiert werden, hat dies erhebliche Auswirkungen auf den Arbeitsprozess. So führen die hohen Anforderungen und der zunehmende Druck im Arbeitsleben dazu, dass sich der moderne Mensch nicht nur von sich und seinen Bedürfnissen, sondern auch von den Bedürfnissen der ihn umgebenden Mitmenschen entfremdet. Aus dieser Perspektive lässt sich verstehen, warum in unserer modernen Gesellschaft Identität und Erlebnisorientierung so bedeutsam sind. Indem das Menschsein nicht nur den Bereich der Ratio umfasst, ist der Mensch auf der Suche nach einer neuen Dimension der Emotionalität und Sinnlichkeit. Dies führt dazu, dass geistig beanspruchte Menschen, weder in ihrer Freizeit noch in der Religion, nach einer weiteren Anstrengung suchen. Aus dieser Perspektive lässt sich verstehen, warum auch immer mehr medizinische Fachpersonen in der Spiritualität

nach sinnlichen und sinnerfüllenden Erfahrungen suchen. Dabei scheinen spirituelle Angebote oder Wellness einen erfolgversprechenden Ausweg aus der Leistungsspirale zu bieten.

Da sich Spiritualität sowohl über die Lebensspanne als auch über die verschiedenen Generationen verändert, kann sie nicht als statische Grösse betrachtet werden. Dies bedeutet, dass auch die Methoden, mit denen Spiritualität wissenschaftlich untersucht und in der theologischen Praxis gefördert wird, an die wissenschaftlichen und soziokulturellen Veränderungen angepasst werden muss. So bedeutsam die christliche Tradition für die Kirchen und die akademische Theologie ist, darf die Auseinandersetzung nicht dazu führen, dass Spiritualität im Mantel alter Traditionen, sondern im Diskurs mit aktuellen gesellschaftlichen Themen ins Gespräch gebracht wird. Falls dies nicht gelingt, so ist davon auszugehen, dass sich Spiritualität in unserer Gesellschaft von der Theologie und der Kirche lösen und durch andere „Vertreter“ auf dem Markt angeboten wird. Bereits in den verschiedenen neutestamentlichen Überlieferungen findet sich eine Vielzahl an christlichen Spiritualitäten, die im Laufe der Zeit tiefgreifende Entwicklungs- und Wandlungsprozesse durchgemacht haben.⁷⁴ Es gilt als unbestritten, dass das Studium ihrer Geschichte für die evangelische Spiritualität unerlässlich und von grosser Bedeutung ist. Jedoch bedarf es, in Anbetracht der gesellschaftlichen Entwicklung, für die Weiterentwicklung spiritueller Traditionen neuer Forschungsmethoden. Da die christliche Seelsorge in der Spiritual Care eng mit anderen Berufsgruppen zusammenarbeitet, ist dem interprofessionellen Diskurs grosse Aufmerksamkeit zu schenken. Deshalb betrachte ich es als wünschenswert, dass sich künftige Theologinnen und Theologen mit den wissenschaftlichen Grundlagen der empirischen Forschung vertraut machen, die an den Schweizer Universitäten inzwischen als „State of the Art“ gelten. Dies auch deshalb, weil sowohl in der Medizin, Psychologie als auch in der Pflege nach den Kriterien einer evidenzbasierten Medizin gearbeitet wird und Spiritual Care in diesem klinischen Kontext stattfindet.

2.5 Verhältnisbestimmung von Religiosität und Spiritualität

„Ich bin nicht religiös, aber spirituell gläubig“ ist eine Aussage, mit der kirchliche SeelsorgerInnen in der heutigen Zeit häufig konfrontiert werden. Das Interesse an Spiritualität hat in den letzten Jahren stark zugenommen und veranlasst immer wieder aufs Neue eine kritische Auseinandersetzung. Da die Kirchen in der Bevölkerung oft mit Institution, Dogma, Hierarchie, Starrheit oder gar mit Gewalt und Missbrauch konnotiert sind, ist Spiritualität für viele Menschen zu einem Gegenbegriff zur Religion geworden. Empirische Untersuchungen zu den religiösen Transformationsprozessen in Europa zeigen, dass sich Kirchlichkeit und Religiosität zwar entkoppeln, aber dieser Vorgang nicht zu einer völligen

⁷⁴ Zimmerling, P. (2012): Integration der Spiritualität in das Studium der evangelischen Theologie. In: Kunz, R. & Kohli Reichenbach, C., Spiritualität im Diskurs. Spiritualitätsforschung in theologischer Perspektive, S. 133.

Distanzierung vom Christentum führen muss.⁷⁵ Religion und Spiritualität verstehen sich demnach wie eine Linse, die persönliche Überzeugungen, Erwartungen und Erfahrungen mit einem Bedeutungssystem versehen. Diese Bedeutungssysteme ermöglichen es dem Menschen, seiner Umwelt und seinen Beziehungen Bedeutung zu verleihen, das eigene Verhalten einzuordnen sowie sich selbst Ziele zu stecken und Aktivitäten zu planen.⁷⁶ Diese Deutungsprozesse lassen sich in den persönlichen Sichtweisen über Gut und Böse, über Sicherheit und Gefahr sowie auch in den eigenen Normen-, Werte- und Moralvorstellungen erkennen. Wie die Operationalisierung der Begriffe Religiosität und Spiritualität in verschiedenen empirischen Studien zeigt, erschöpft sich eine Operationalisierung meist in vagen Kategorien wie z.B. Anzahl Kirchenbesuche, Häufigkeit von Gebeten, mystische Erfahrungen, Sinnsuche, Selbstentfaltung oder Verbundenheit mit anderen Menschen. Deshalb erscheint an dieser Stelle eine fundierte Auseinandersetzung mit den Begrifflichkeiten von Religion und Spiritualität zentral.

Definition von Religion

Etymologisch geht der Begriff „Religion“ auf den lateinischen Ausdruck „religio“ zurück, der sich auf zwei mögliche Quellen zurückführen lässt. 1. relegere (=sorgfältig beachten) oder 2. religare (=zurückbinden). Die bestehenden Unklarheiten hinsichtlich der Etymologie des Begriffs, spiegeln sich aktuell in der weiten Semantik von Religion wider. Mit Religion kann sowohl ein persönliches religiöses Deutungs- und Wertesystem mit damit verbundenen religiösen Aktivitäten („meine Religion mach ich mir selbst“),⁷⁷ als auch ein soziales Gebilde einer Institution bezeichnet werden, welche zum Träger des jeweiligen Deutungssystems werden.⁷⁸ So sind im modernen Religionsbegriff einerseits das Phänomen der persönlichen Religiosität, andererseits die institutionalisierten Religionsgemeinschaften enthalten, so dass sich Facetten beider etymologischen Quellen im heutigen Verständnis von Religion wieder finden lassen. Die Wurzeln des Religionsbegriffs gehen auf das Christentum zurück.⁷⁹ Eine Ausweitung des Religionsbegriffs in der Neuzeit gestattet es, auch Phänomene der fremden Kulturen als (Welt)-Religionen zu bezeichnen, obwohl in vielen aussereuropäischen Sprachen ein synonyme Begriff nicht existiert.⁸⁰ Zusammen mit der Bedeutungserweiterung fanden ebenfalls das Adjektiv „religiös“ oder das Substantiv „Religiosität“ Verbreitung. Im Vergleich zum Religionsbegriff wird der Vorteil im

⁷⁵ Heller, B. (2014d): Spiritualität versus Religion/Religiosität. In: Heller, B. & Heller, A. Spiritualität und Spiritual Care. München: Huber, S. 47-68.

⁷⁶ Surzykiewicz, J. (2012): Spiritualität und Religion: Eine untrennbare Beziehung oder ein ungleiches Paar? Religionspsychologische Betrachtungen auf Grundlage der englischsprachigen Literatur. In: Möde, E., Theologie der Spiritualität - Spiritualität der Theologie (n). Eichstätter Studien. Regensburg: Friedrich Pustet, S. 209-232.

⁷⁷ Barz, H. (1995): Meine Religion mach' ich mir selbst! In: *Psychologie heute* 22 (7), S. 20-27.

⁷⁸ Utsch, M. & Klein, C. (2011): Religion, Religiosität, Spiritualität. In: Klein, C., Berth, H. & Balck, F. (Hg.). Gesundheit - Religion - Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze, S.27.

⁷⁹ Feil, E. (1993): Religio. Bd. 2: Die Geschichte eines neuzeitlichen Grundbegriffs zwischen Reformation und Rationalismus, S. 155 f.

⁸⁰ Utsch, M. & Klein, C. (2011): Religion, Religiosität, Spiritualität. In: Klein, C., Berth, H. & Balck, F. (Hg.). Gesundheit - Religion - Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze, S.27. Verweis u.a. auf Ahn, G.: Religion I. Religionsgeschichtlich. In: Theologische Realenzyklopädie, Bd. 28, S. 513-522.

Terminus der „Religiosität“ darin gesehen, dass er dezidiert die individuelle Seite des Religiösen, im Unterschied zu Dogmen, Lehrmeinungen oder religiösen Institutionen und Gemeinschaften, betont.⁸¹

Bezogenheit von Religion und Spiritualität

Dieser Einbezug der individuellen Dimension von Religiosität macht deutlich, dass Religion und Spiritualität - entgegen gängiger Überzeugungen – nicht trennscharf voneinander abzugrenzen sind. Dabei gilt es auch zu beachten, dass viele spirituelle Praktiken, wie z.B. die Meditation oder Imagination, aus religiösen Traditionen heraus entstanden und weiterentwickelt worden sind. Wie sich zeigt, kann die Bewegung – hin zu Spiritualität und weg von Religion - als Teil eines grösseren „Entinstitutionalisierungsprozesses“ verstanden werden.⁸² Dieser Trend erfolgt parallel zur Veränderung von gesellschaftlichen Werten und dem Streben nach Selbstverwirklichung, Freiheit und Kreativität. Charakteristisch für diese Ära sind die Infragestellung und die Emanzipation von Autoritäten, so dass die institutionelle Religion vor allem in den westlichen Kulturen zunehmend an Bedeutung verlor. Durch die Zuwanderung erhielt die Spiritualität in der multireligiösen Gesellschaft auch eine von religiösen Autoritäten unabhängige transkulturelle Dimension. Diese Öffnung von Grenzen bringt die Menschen in engen Kontakt mit neuen Ideen und Kommunikationsformen. Für die Entwicklung von Spiritual Care ist vor allem die Entdeckung von Spiritualität als Quelle für psychische Gesundheit und das allgemeine Wohlbefinden bedeutsam. Insbesondere die Sinnfrage erfährt in der aktuellen Diskussion über Spiritualität eine Schlüsselrolle.⁸³ Diese sinnstiftende Funktion von Spiritualität kommt insbesondere dann zum Tragen, wenn Personen durch Schicksalsschläge in Krisen geraten. Dabei wird in den Gesundheitsberufen Spiritualität als Ressource verstanden, im Sinne eines Copings persönliche Herausforderungen und Probleme in ein Sinnsystem zu integrieren.

Im Unterschied zur Religion gilt es für die Spiritualität als charakteristisch, dass sich Verwandlung und Streben - im Sinne einer Orthopraxis - nicht auf eine ethische Handlung, sondern vielmehr auf eine fromme Innerlichkeit und den Kern des eigenen Selbst beziehen. Dadurch wird das eigene Selbst zum Massstab angestrebter Tugenden wie Liebe, Friede und Geduld. Vor allem in der angloamerikanischen Forschung wird Spiritualität daher als humanistisch-anthropologische Dimension verstanden, was schliesslich zur Überzeugung führt, dass „alle Menschen spirituell sind“. Bei Psychologen lässt sich auch der Begriff der „spirituellen Intelligenz“ finden.⁸⁴ Dieser wird als „Fähigkeit“ eines Individuums betrachtet, in einen „höheren spirituellen Bewusstseinszustand“ zu treten. Daran zeigt sich, dass die Spiritualität, durch die Abkopplung von der Religion, in den Bereich der menschlichen Machbarkeit geführt

⁸¹ Ebd.

⁸² Richards, P.S. & Bergin, A.E. (2005): A spiritual strategy for counselling and psychotherapy, S. 20ff.

⁸³ Surzykiewicz, J. (2012): Spiritualität und Religion: Eine untrennbare Beziehung oder ein ungleiches Paar? Religionspsychologische Betrachtungen auf Grundlage der englischsprachigen Literatur. In: Möde, E., Theologie der Spiritualität - Spiritualität der Theologie (n), S. 209-232.

⁸⁴ Emmons, R. A. (2000): Is spirituality an intelligence? In: *International Journal for the Psychology of Religion* (10), S. 3–16.

wird. So wird es der menschlichen Fähigkeit zugrunde gelegt, dass der Mensch seinen alltäglichen Aktivitäten, Ereignissen und Beziehungen etwas Heiliges „verleihen“ und bei der Lösung seiner Probleme auf spirituelle Ressourcen „zurückgreifen“ kann. Auch geht die Psychologie von der Annahme aus, dass der Mensch sich selbst zu tugendhaftem Verhalten befähigen kann. Diese Entwicklung macht zwei Dinge deutlich: Erstens werden immer mehr Lebens- und Wissensbereiche, die lange Zeit ausschliesslich als Domäne der Religion galten, an andere Wissenschaftsdomänen - wie die Psychologie, die Medizin oder die Religionswissenschaft - delegiert. Zweitens zeigt die starke Beanspruchung durch den wirtschaftlich-technischen Fortschritt, dass der Mensch starker Ressourcen für seine Leistungsfähigkeit und emotionale Stabilität bedarf, um in dieser hektischen Arbeitswelt zu bestehen. Auf dieser Grundlage lässt sich das Bedürfnis nach der Stärkung des eigenen Selbst und der eigenen Ressourcen verstehen.

Sechs Kerndimensionen von Religiosität

Wie die religionssoziologische Forschung zeigt, hat es in den letzten Jahren Entwicklungen im Bereich der Erforschung von Religiosität gegeben, welche durch ein multidimensionales Vorgehen den Bedürfnissen des einzelnen Individuums Rechnung tragen. Dabei gilt auch heute noch das multidimensionale Klassifikationssystem nach Glock als das empirisch bewährteste Instrument.⁸⁵ Dieses unterscheidet zwischen den Dimensionen des Intellekts, der Ideologie, der Erfahrung, der privaten und öffentlichen Praxis sowie der Konsequenzen im Alltag. Dieses ursprünglich soziologische Modell wurde im „Religiositäts-Struktur-Test“ (RST) von Stefan Huber präzisiert, ausdifferenziert und psychologisch vertieft.⁸⁶ Da der RST darüber hinaus auch die theoretische und methodische Grundlage des globalen Religionsmonitors der Bertelsmann-Stiftung bildet, stehen zu den meisten operationalen Konstrukten des RST repräsentative Daten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz zur Verfügung.⁸⁷ Mit dem globalen Religionsmonitor wurden 2007 in 21 Ländern repräsentative Befragungen durchgeführt.⁸⁸ Im Kontrast zu anderen globalen Studien, standen dabei innere Strukturen des religiösen Erlebens und Verhaltens im Vordergrund. Dadurch ist der RST zur Anwendung im Überschneidungsbereich von Religiosität und Gesundheit sehr geeignet. Dieser umfasst die folgenden sechs Kerndimensionen von Religiosität:⁸⁹

⁸⁵ Glock, C.Y (1969): Über die Dimensionen der Religiosität. In: Matthes, J. (Hg.) Kirche und Gesellschaft. Einführung in die Religionssoziologie. Bd. II, (S. 150-168); siehe auch Huber, S. (2011): Religiosität in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: Klein, C., Berth, H. & Balck, F. (Hg.). Gesundheit - Religion - Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze, S.166.

⁸⁶ Huber, S. (2008a): Der Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T.). Systematik und operationale Konstrukte. In: Gräb, W. & Charbonnier, L. (Hsg.), Individualisierung-Spiritualität-Religion. Transformationsprozesse auf dem religiösen Feld in interdisziplinärer Perspektive, S. 137-171. Siehe auch Bezug zu Huber, S. (2008b): Der Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T.). Kernkonzepte und Anwendungsperspektiven. In: *Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung* 31 (2), S. 38–39.

⁸⁷ Huber, S. (2008): Religion Monitor. Structuring principles, operational constructs, interpretive strategies. In: What the world believes. Analysis and commentary on the Religion Monitor 2008, S. 17-51.

⁸⁸ Bertelsmann-Stiftung (Ed.). (2009): What the world believes. Analysis and commentary on the Religion Monitor 2008.

⁸⁹ Huber, S. (2011): Religiosität in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: Klein, C., Berth, H. & Balck, F. (Hg.). Gesundheit - Religion - Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze, S.168 ff.

Intellektuelle Dimension

Die intellektuelle Dimension der Religiosität bezieht sich auf die kognitive Auseinandersetzung mit religiösen Welt- und Selbstdeutungen. Diese vollzieht sich nicht in einem für wahr Halten von religiösen Glaubensansichten, sondern im psychologischen Medium des Denkens. Dabei steht die Ansprechbarkeit für religiöse Fragen in einem Zusammenhang mit religiöser Deutungskompetenz. Menschen erhalten Antworten auf die Grundfragen der menschlichen Existenz: „Wer bin ich?“ „Woher komme ich?“ – indem sie die Welt und das eigene Selbst religiös deuten. So zeichnen sich Deutungsversuche des Religiösen dadurch aus, dass sie auf „Gott“ oder das „Göttliche“ als letztgültige Instanz bezogen sind. Auch zwischen der intellektuellen Dimension und der Bewältigung von Krankheit und Lebenskrisen besteht ein innerer Zusammenhang, indem mit der Intensität der intellektuellen Dimension die Konsistenz und Flexibilität religiöser Sinndeutungen zunehmen.⁹⁰ Wie der Vergleich mit den Daten des Religionsmonitors zeigt, ist die intellektuelle Dimension in fast 80% der westdeutschen Bevölkerung präsent.

Glaube als Dimension der religiösen Ideologie

Insbesondere Krisensituationen (wie z.B. eine Erkrankung) machen deutlich, dass sie den einzelnen Menschen nicht nur zu einer intellektuellen Auseinandersetzung mit religiösen Fragen, sondern auch zu einem „Akt des Glaubens“ herausfordern. Dieser kann durch eine Dialektik von „Sichtbarem“ und „Unsichtbarem“ charakterisiert werden.⁹¹ Im psychologischen Medium des Glaubens wird Unsichtbares sichtbar, und „Gott“ oder „Göttliches“ erhalten einen subjektiven Realitätsgehalt, so dass der „Inhalt des Glaubens“ durch diese Dialektik zur Basis von Handlung und Erfahrung wird. Zugleich konstituiert der „Akt des Glaubens“ die grundlegende Funktion der religiösen Ideologie, die sich auf die Plausibilität der Existenz einer unsichtbaren Ebene der Wirklichkeit bezieht, die für das Individuum subjektiv „sichtbar“ wird. Der Vergleich mit den Daten des Religionsmonitors zeigt, dass die Existenz einer transempirischen Wirklichkeit von etwa einem Viertel der deutschsprachigen Europäer verworfen wird. Ein weiterer Viertel hält die Existenz einer „unsichtbaren Wirklichkeit“ zwar für grundsätzlich möglich, aber wenig plausibel. Da sich dieser „Akt des Glaubens“ auf eine Transzendenz, nicht jedoch auf eine konkrete göttliche Instanz (wie z.B. Gott, Christus oder Allah) bezieht, macht deutlich, dass es auch hier eine Überschneidung von religiösem Glauben und dem Spiritualitätskonzept gibt. Dies wird in einem späteren Teil des Kapitels weiter diskutiert.

⁹⁰ Ebd., S. 170.

⁹¹ Ebd., S. 171.

Religiöse Erfahrung

Im Unterschied zur kognitiven Ebene der intellektuellen Dimension, ist die Dimension der religiösen Erfahrung wesentlich auf Wahrnehmungsprozesse bezogen. Eine religiöse Erfahrung liegt dann vor, wenn ein konkretes Ereignis mit Hilfe religiöser Semantik gedeutet wird. Ein Beispiel dafür ist die Wahrnehmung einer göttlichen Unterstützung bei der Bewältigung einer schwierigen Lebens- oder Krisensituation. Obwohl religiöse Erfahrungen einen wichtigen Faktor von Religiosität darstellen, wird ihnen, aufgrund der Messbarkeitsproblematik in der empirischen Forschung, kaum Beachtung geschenkt. Huber differenziert zwischen „Du-Erfahrungen“ und „All-Erfahrungen“⁹². In der „Du-Erfahrung“ wird die Transzendenz als ein mit dem Subjekt interagierendes „Gegenüber“ wahrgenommen, die auf ideologischer Ebene mit einer theistischen Konstruktionsweise der Transzendenz korrespondiert.⁹³ In „All-Erfahrungen“ wird die Transzendenz als ein alles durchdringendes Prinzip wahrgenommen, an dem das Subjekt partizipieren kann. Diese Grundstruktur korrespondiert auf der ideologischen Ebene mit einer pantheistischen Konstruktionsweise der Transzendenz. Die Auseinandersetzung mit der All-Erfahrung zeigt auch hier, dass sie starke Bezüge zum später in diesem Kapitel behandelten Spiritualitätsverständnis aufweist. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wie häufig die beiden Spiritualitätsverständnisse in unserer europäischen Kultur vorkommen. Wie Hubers Vergleich mit den Daten des Religionsmonitors zeigt, erscheint es im ersten Moment erstaunlich, dass im deutschsprachigen säkularisierten Europa die Wahrnehmung eines mit dem Subjekt interagierenden Gegenübers etwa gleich häufig vorkommt wie die „All-Erfahrung“.⁹⁴ Gemäss diesen Befunden geben immerhin 56% der westdeutschen Bevölkerung an, zumindest „gelegentlich“ religiöse Erfahrungen zu machen, was auf eine wahrnehmbare Transzendenz im individuellen Lebenshorizont weist.

Dimension der privaten Praxis

In der privaten religiösen Praxis wendet sich ein Individuum aktiv der Transzendenz zu, wobei bei der religiösen Erfahrung eine Art „Kontakt“ mit der Transzendenz hergestellt wird. Dabei besteht der Unterschied zur religiösen Erfahrung darin, dass in der religiösen Praxis dieser „Kontakt“ aktiv gesucht wird. Die Kontaktaufnahme erfolgt durch religiöse Praktiken wie das persönliche Gebet, durch religiöse Lektüre oder Meditation. Wie die „Du-Erfahrungen“, so ist auch das Gebet auf ein Gegenüber bezogen,⁹⁵ wodurch eine persönliche religiöse Sprach- und Kommunikationsfähigkeit entsteht. Wie Huber zeigt, ist die Meditationspraxis stärker auf die „All-Erfahrung“ bezogen, indem sie das Selbst einbezieht und in ein alles durchdringendes Transzendentes integriert. Auch hier zeigt sich ein enger Bezug

⁹² Huber, S. (2008a): Der Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T.). Systematik und operationale Konstrukte. In: Gräb, W. & Charbonnier, W. (Hg.), Individualisierung-Spiritualität-Religion. Transformationsprozesse auf dem religiösen Feld in interdisziplinärer Perspektive, S. 157.

⁹³ Siehe dazu Huber, S. (2011), Religiosität in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: Klein, C., Berth, H. & Balck, F. (Hg.). Gesundheit - Religion - Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze, S. 173.

⁹⁴ Ebd., S. 174-175.

⁹⁵ Ebd., S. 175.

zwischen der All-Erfahrung und Spiritualitätskonzepten. Bei allen Unterschieden ist dem Gebet und der Meditation gemeinsam, dass der Alltag durch aktive Praktiken in einen Transzendenten Kontext gestellt wird. Überraschenderweise zeigt der Vergleich mit den Daten des Religionsmonitors, dass in der westdeutschen Bevölkerung Gebetspraktiken wesentlich häufiger genannt werden als Meditationspraktiken.⁹⁶

Öffentliche Praxis

Der wesentliche Unterschied zur privaten Praxis besteht darin, dass der Transzendenzbezug in einer Gemeinschaft gesucht wird und in einem zumindest halböffentlichen Raum vollzogen wird. Dazu kommt eine viel stärkere Ritualisierung der Praxis, die meist durch Experten (wie z.B. Pfarrpersonen oder Priester) geleitet wird.⁹⁷ Indem Glaubensüberzeugungen durch eine Gemeinschaft geteilt werden, kommt es sozialpsychologisch zu Konformitätsprozessen. Diese öffentliche religiöse Praxis führt wiederum zu einer verstärkten Integration in eine religiöse Gemeinschaft, die als soziales Netzwerk ebenfalls eine wichtige Ressource zur Krankheitsbewältigung sein kann. Wie der Vergleich mit den Daten des Religionsmonitors zeigt, ist der Anteil der deutschsprachigen Bevölkerung, die regelmässig an religiösen Veranstaltungen teilnehmen, mit etwa 20% verhältnismässig hoch. Dies lässt darauf schliessen, dass möglicherweise die Befragung von denjenigen Menschen überzufällig häufig ausgefüllt worden ist, die einen Bezug zu einer religiösen Gemeinschaft haben.

Konsequenzen im Alltag

Eine weitere wichtige Dimension beschäftigt sich mit der Frage, wie sich Religiosität auf Werthaltungen auswirkt und das Alltagshandeln beeinflusst. Wie die Ausführungen von Huber zeigen, ist die Dimension der Konsequenzen im Vergleich mit den vorgehenden fünf Kerndimensionen weniger klar konturiert. In Bezug auf die Krankheitsbewältigung besteht eine enge Verbindung zum Bereich des religiösen Copings.⁹⁸ Der Vergleich mit den Daten des Religionsmonitors zeigt, dass mehr als die Hälfte der europäischen Bevölkerung angeben, dass religiöse Vorstellungen ethische Relevanz für ihren Alltag haben.⁹⁹

Multidimensionale Instrumentarium als Reaktion auf Vielfalt von Religiosität

Diese Ausdifferenzierung des religiösen Erlebens und Verhaltens in sechs relativ unabhängige Kerndimensionen, kann als gelungener Versuch des multidimensionalen Instrumentariums auf die Vielfalt der Religiosität verstanden werden. Ein solch differenziertes Instrumentarium ist auch deshalb

⁹⁶ Ebd., S. 177.

⁹⁷ Ebd., S. 178.

⁹⁸ Ebd., S. 179.

⁹⁹ Ebd., S. 180.

bedeutsam, weil es die in der Gesundheitsforschung häufig praktizierte Differenzierung und Separierung von Religiosität und Spiritualität in Frage stellt. Die mit dem RST weiter gemessene Kategorie der *Zentralität* bezieht sich auf die wichtige Frage, wie religiöse Inhalte im psychischen System eines Menschen verankert sind. Der Begriff des „persönlichen religiösen Konstruktsystems“ (PRK) umfasst religionsbezogene Kognitionen, Emotionen, Schemata und Handlungsmuster.¹⁰⁰ Religiöses Erleben und Verhalten wird somit als eine Funktion dieses persönlichen religiösen Konstruktsystems erfasst. Dabei werden die folgenden drei Idealtypen unterschieden: „hoch-religiöse“, „religiöse“ und „nicht religiöse“ Menschen. Wie der Vergleich mit dem Religionsmonitor zeigt, können gemäss dieser Definition 80% der deutschsprachigen Europäer als „religiös“ oder „hoch religiös“ bezeichnet werden¹⁰¹. Das bedeutet, dass religionsbezogene Kognitionen, Emotionen, Schemata und Handlungsmuster eine zumindest untergeordnete Position in der Persönlichkeit dieser Menschen haben. Da die Mitgliederzahl in den katholischen und reformierten Kirchen rückläufig ist, lässt dies wiederum folgende drei Schlussfolgerungen zu:

1. Religiosität ist im Verständnis der Bevölkerung weder gleichbedeutend mit der Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft noch mit gemeinsam geteilten religiösen Praktiken unter der Leitung eines religiösen „Experten“.
2. Auch Religiosität hat in Bezug auf religiöse Einstellungen, religiöses Erleben, religiöse Praktiken und damit verbundene ethische Werthaltungen eine starke individuelle Komponente.
3. Folgedessen sind Religiosität und Spiritualität in Bezug auf den subjektiv erlebten Sinnhorizont nicht trennscharf.

Kritische Einwände in Bezug auf Abgrenzungsversuche von Religiosität und Spiritualität

Aufgrund dieser Überlegungen sind gängige Religiositäts- und Spiritualitätsdefinitionen mit gewisser Vorsicht zu interpretieren. Christian Zwingmann, Psychologe und Professor für empirische Sozialforschung an der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum, fasst die Abgrenzung der Begriffe Religiosität und Spiritualität folgendermassen zusammen: „*Religiosität wird als die Übernahme von Glaubensüberzeugungen sowie die Teilnahme an Aktivitäten und Ritualen einer organisierten Religionsgemeinschaft mit einem spezifischen Normen- und Traditionssystem angesehen*“.¹⁰² Demgegenüber ist Spiritualität gemäss Zwingmann ein „*subjektiv erlebter Sinnhorizont, der sowohl innerhalb als auch ausserhalb traditioneller Religiosität verortet sein kann und damit allen – nicht nur religiösen – Menschen zu eigen ist*“. In Anbetracht der etymologischen Bedeutungsausweitung des

¹⁰⁰ Ebd., S. 182.

¹⁰¹ Ebd., S. 185.

¹⁰² Zwingmann, Ch. (2005). Erfassung von Spiritualität/Religiosität im Kontext der gesundheitsbezogenen Lebensqualität: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, (55), S. 243.

Religionsbegriffs, erscheint daher die im Gesundheitswesen propagierte Notwendigkeit eines erweiterten und von der Religiosität abgegrenzten Verständnisses von Spiritualität wenig stichhaltig. So ist in den letzten Jahren Spiritualität von der sozialwissenschaftlichen Forschung zunehmend als Alternative zum Religionsbegriff aufgenommen worden. Dabei ist es in der Selbstbezeichnung in den verschiedenen Fragebogentools verbreitet, dass man spirituell sein kann, ohne religiös zu sein. Wie eine deutsche Studie von Büssing et al. zeigt, bezeichnen sich 35% der Patienten als religiös- aber nicht spirituell- 32% als religiös und spirituell, 9% als spirituell aber nicht religiös und 20% als weder spirituell noch religiös.¹⁰³ Als weniger religiös bezeichnen sich in einer ähnlichen Befragung die Schweizer Onkologen.¹⁰⁴ In dieser Studie geben nur 9% der ÄrztInnen an, religiös - aber nicht spirituell zu sein, 43% bezeichnen sich als religiös und spirituell, 15% als nur spirituell und 36% als weder spirituell noch religiös. Dabei lässt sich die in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung typische Unterscheidung von Religiosität und Spiritualität nicht als statistisch signifikant belegen. Interessant ist an dieser Stelle auch ein Vergleich mit den amerikanischen Daten. So erscheint es überraschend, dass die Gruppe, die sich ausschliesslich als religiös bezeichnet, in den USA mit weniger als einem Drittel am kleinsten ist.

Gemäss der Prognose verschiedener Autoren ist es jedoch kaum wahrscheinlich, dass eine definitivi- sche Abgrenzung von Spiritualität und Religiosität in überzeugender Weise gelingen wird.¹⁰⁵ Gemäss Michael Utsch liegen bislang keine überzeugenden Theorien darüber vor, inwiefern religiöses oder spi- rituelles Erleben und Verhalten zum Menschsein gehören. Diese Beobachtung steht im Gegensatz zur Annahme der WHO Definition, die bei der Integration von Spiritualität in das bio-psycho-soziale Be- handlungsmodell, Spiritualität als eine anthropologische Kategorie des Menschseins versteht. Auch steht Utschs These in einem Kontrast zur gängigen Aussage: „Jeder Mensch ist spirituell“.¹⁰⁶

Konsequenzen der Auseinandersetzung für die Umsetzung von Spiritual Care

Diese Auseinandersetzung zeigt, dass diese Variabilität der Religiositäts- und Spiritualitätskonzeption auch bei der Integration von Spiritualität in die medizinisch-therapeutische Behandlung gebührend berücksichtigt werden muss. So haben Annahmen zur Definition von Spiritualität in der Gesundheits- forschung und –praxis grossen Einfluss auf die Ausgestaltung entsprechender Interventionen. Die TeilnehmerInnen der amerikanischen Consensus Conference haben sich 2009 pragmatisch auf

¹⁰³Büßing, A., Balzat, H.J. & Heusser, P. (2010): Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer - validation of the spiritual needs questionnaire. In: European Journal of Medical Research (15:6), S. 266–273.

¹⁰⁴Bützberger, P., Gasser, R., Meffert, C., Caspar, C., Beer, H.J. & Becker, G. (2014): The Spiritual Dimension in Oncology - A Survey among Swiss Oncologists. In: *in press*.

¹⁰⁵ Utsch, M. & Klein, C. (2011): Religion, Religiosität, Spiritualität. In: Klein, C., Berth, H. & Balck, F. (Hg.). Gesundheit - Religion - Spirituali- tät. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze, S. 37.

¹⁰⁶ Röser, T. (2012): Spiritualität und Gesundheit. Überlegungen zur Bedeutung eines unbestimmten Begriffs im interdisziplinären Diskurs. In: Kunz, R. & Kohli Reichenbach, C., Spiritualität im Diskurs. Spiritualitätsforschung in theologischer Perspektive, S. 233. Im vorliegenden Beitrag stützt sich Röser auf Kenneth Pargaments Aussage: „Every person is a spiritual being as well as a physical, social and psychological entity“. Zitiert bei: Larry Vandecreek (2010): Defining and Advocating for Spiritual Care in the hospital, J Pastoral Care Counsel 64, S., 1-10.

folgende Definition von Spiritualität im Gesundheitswesen geeinigt: „*Spirituality is the aspect of humanity that refers to the way individuals seek and express meaning and purpose and the way they experience their connectedness to the moment, to self, to others, to nature, and to the significant or sacred*“.¹⁰⁷ Die Task Force for Spiritual Care der European Association for Palliative Care (EAPC) hat 2010 folgende Arbeitsdefinition zu Spiritualität vorgeschlagen: „*Spiritualität ist die dynamische Dimension menschlichen Lebens, die sich darauf bezieht, wie Personen (individuell und in Gemeinschaft), Sinn, Bedeutung und Transzendenz erfahren, ausdrücken und/oder suchen, und wie sie in Verbindung stehen mit dem Moment, dem eigenen Selbst, mit Anderen/m, mit der Natur, mit dem Signifikanten und/oder dem Heiligen*“.¹⁰⁸ Wie andere Definitionen zeigen, können Spiritualitätsdefinitionen auch Elemente von Religionsdefinitionen beinhalten und umgekehrt. So definiert Paul Tillich Glauben dezidiert theologisch als „*Ergriffensein durch das, was uns unbedingt angeht, den Grund unseres Seins und Sinnes, ... das Ergriffensein von einer Macht, die alles transzendiert und an der alles partizipiert. Wer von dieser Macht ergriffen ist, kann sich bejahen, weil er weiss, dass er bejaht ist*“.¹⁰⁹ Die Definition macht abschliessend deutlich, dass auch für Menschen, die sich selbst als religiös bezeichnen, die Auseinandersetzung mit ihrer Identität und den damit verbundenen existentiellen Fragen des Menschseins von grosser Bedeutung ist. Wie die Spiritualität, so ist auch die Religiosität untrennbar mit Fragen nach Identität und der menschlichen Existenz verbunden. In diesem Sinne erscheint es, im Hinblick auf die Zukunft unserer Landeskirchen als dringend notwendig, dass sich die kirchliche Lehre in Bezug auf Religiosität in der Seelsorge wieder für diese urmenschlichen Fragen öffnet.

2.6 Die Religiöse Entwicklung in der Schweiz und in Europa

Aktuell wird das religiöse Feld in der Schweiz wesentlich durch die katholische und reformierte Kirche dominiert, der noch immer rund zwei Drittel der Bevölkerung angehören. Diese Dominanz gründet in einer über 1000-jährigen regionalen Tradition und Verankerung des Christentums. Daraus kann für den Bereich des Gesundheitswesens gefolgert werden, dass die mit der Tradition vermittelten Grundmuster der christlichen Semantik als nach wie vor bekannt vorausgesetzt werden können. Diese starke historische Position wird seit den frühen 70er Jahren des 20. Jahrhunderts zunehmend relativiert, so dass sich die Kirchen mit der Dynamik eines fortschreitenden Relevanzverlustes auseinanderzusetzen haben. Neben diesem Bedeutungsverlust ist in der untenstehenden Übersicht des Bundesamtes für Statistik, der hohe Anteil von Konfessionslosen auffallend, der inzwischen mehr als 20% der Bevölkerung beträgt. Diese noch immer stark anwachsende Gruppe ist Ausdruck eines zunehmenden

¹⁰⁷ Puchalski, C.M., Ferrel, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P. & Bull, J. (2009): Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. In: *J Palliat Med* (12), S. 885ff.

¹⁰⁸ European Association for Palliative Care (EAPC) (2011): Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. In: *European Journal of Palliative Care* 18 (2), S. 187.

¹⁰⁹ Tillich, P. (1953): *Der Mut zum Sein*. Stuttgart: Steingrüben; siehe auch: Utsch, M. & Klein, C. (2011): Religion, Religiosität, Spiritualität. In: Klein, C., Berth, H. & Balck, F. (Hg.). *Gesundheit - Religion - Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*, S. 25-45.

Säkularisierungsprozesses, wobei das Wachstum vorwiegend durch diejenigen Personen zustande kommt, die aus der Kirche ausgetreten sind. Wie die Zahlen des Bundesamtes für Statistik zeigen, verzeichnet vor allem die Reformierte Kirche einen starken Rückgang der Mitgliedschaften von mehr als 20%, bei den Katholiken beträgt der Rückgang nur knapp 8%. Als dritte Bewegung hat sich der Islam mit 5% als drittgrösster religiöser Akteur etabliert. Aufgrund weiterer Migrationsströme und der hohen Geburtenrate wird mit einem weiteren Zuwachs der islamischen Bevölkerung gerechnet.¹¹⁰ Damit geht eine neue Qualität religiöser Pluralität einher, die bisher weitgehend von den Unterschieden christlicher Konfessionen geprägt war. Parallel zum Rückgang christlicher Glaubenspraxis zeigt sich eine Entwicklung, die den Religionsbegriff so weit ausgedehnt, dass sich „Religiöses“ in fast allen Lebensbereichen finden lässt. Dabei hat die Religion in der modernen Gesellschaft ihren Bezugsrahmen weniger im institutionellen Leben der Kirche, sondern in der individuellen Erfahrung des Menschen. Wie die Untersuchungen von Dubach und Campiche zeigen, hat dieses Phänomen in den letzten Jahren viele Forschergruppen dazu angeregt, sogenannte „unsichtbare“ Religionsformen sichtbar zu machen – oder in den Worten von Jürgen Habermas ausgedrückt – die „Dialektik der Säkularisierung“ zu verstehen. Um zu verstehen, welchen Einfluss soziokulturelle und gesellschaftliche Veränderungen auf religiöse und spirituelle Bedürfnisse in der Gesellschaft haben, braucht es neue Forschungs- und Erklärungsmodelle. Dabei decken sich die aktuellen Studienergebnisse zur Religionszugehörigkeit in der Schweiz wesentlich mit den Zahlen aus anderen westeuropäischen Ländern wie Deutschland und Österreich.

2.6.1 Erklärungsmodelle für die religiöse Entwicklung

Mit der Aufklärung beginnt der Weg der Auflösung und der Kritik von Lehren, die sich auf die „Offenbarung“ berufen. An die Stelle ideologischer Vorstellungen über die Existenz und Beschaffenheit Gottes treten Vernunft und Wissenschaft. Während die alte Welt unterschieden hat zwischen dem Erlaubten und dem Verbotenen, unterscheidet die neue Welt zwischen Möglichem und Unmöglichem. Zum Verständnis der aktuellen Popularität der Spiritual Care Bewegung erscheint an dieser Stelle ein soziologischer Blick auf religiöse Symbolsysteme und institutionelle Entwicklungen bedeutsam zu sein, da diese wesentliche Voraussetzungen für religiös-spirituelle (Be-)Deutungsprozesse konstituieren.

Religionswissenschaftliche Ansätze

Es gibt verschiedene religionswissenschaftliche und sozialwissenschaftliche Forschungsmodelle, welche Erklärungen für die vielfältigen Ausprägungen des religiösen Erlebens und Verhaltens geben. Mircea Eliade hat in seiner Abhandlung über die Geschichte der Religionen („Die Religionen und das Heilige“) den Begriff der „Hierophanie“ geprägt. Gemäss Eliade ist die Grenze zwischen Heiligem und Profanem für den Bestand jeder Religion notwendig konstitutiv. Die „Dialektik der Hierophanie“

¹¹⁰ Ebd., S. 165.

beschäftigt sich mit dem Prozess der Entsakralisierung, der sich dadurch fortsetzt, dass er die religionskonstitutive Grenze zwischen Heiligem und Profanem aufheben will. Nach Eliade lässt sich der Säkularisierungsprozess als „Entsakralisierungsvorgang“ auf die Wirksamkeit religiöser Vorstellungen und Einstellungen zurückführen, die ihre Gemeinsamkeit darin finden, Katalysatoren der entgrenzenden Universalisierung und Egalisierung zu sein. Dieser Prozess der Zusammenführung von Heiligem und Profanem gewinnt laut Eliade nach der Aufklärung zunehmend an Bedeutung. Möde hält im Hinblick auf Eliades „Dialektik der Hierophanie“ als Ergebnis fest, dass zum dynamischen Gestaltungsprozess der einmal etablierten Religionen, ihrer Prägungen und Kulte, eine inhärente Tendenz der selbstentgrenzenden Universalisierung und Selbstauflösung gehört.

Ansätze aus der spätantiken Christentumsgeschichte

Anhand des Beispiels des „spiritualis“-Begriffs aus der spätantiken Christentumsgeschichte zeigt Möde, wie die Bedeutungsverschiebungen über die verschiedenen Epochen entstanden sind. In der Paulinischen Theologie geht die pneumatische, christlich-revolutionäre Identität des Begriffs auf die Geistgabe Christi als Charisma zurück. Diese Geistgabe wandelt sich in den griechisch-philosophischen Denkmodellen zum Charaktertypus des selbstbesonnenen, sich vernünftig kontrollierenden Mannes. Im anthropologisch-pädagogischen Sprachfeld der Philosophie wiederum wird die „spiritualitas“ als eine erlernbare Tugend vernünftiger Selbstkontrolle und guten Benehmens aufgefasst. Im 19. Jahrhundert wird der in der französischen Theologie der Begriff neu akzentuiert, indem die „spiritualité“ als Gnadengabe des Heiligen Geistes in den Zusammenhang mit der Christusbeziehung und der Taufe gestellt wird. Dieses Beispiel aus der Begriffsentwicklung von „spiritualis“ veranschaulicht, wie die Entgrenzung und umgangssprachliche Assimilierung des theologisch Signifikanten einerseits problematisch ist, die innovative Rélecture von Schlüsselbegriffen andererseits auch eine neue Chance birgt. Dabei liegt das Innovative nicht in der kontrastierenden Wiederentdeckung ehemaliger Begriffsinhalte, sondern im Versuch einer zeitnahen Verhältnisbestimmung von Theologie in Relation zu anderen Wissenschaften.

Soziologische Ansätze

Die Säkularisierungstheorie

Auch wichtige Klassiker der Soziologie, wie z.B. Max Weber und Emile Durkheim, betrachteten die Aufklärung, die Industrialisierung und die damit verbundene zunehmende Arbeitsteilung als zentrale Faktoren für den Rückgang des religiösen Interesses in der Bevölkerung. Ihre Säkularisierungstheorie wurde in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts weiterentwickelt und meint, dass die Prozesse der Modernisierung einen letztlich negativen Einfluss auf die Stabilität und Kontinuität von

Religionsgemeinschaften, religiösen Praktiken und Überzeugungen ausüben. Dabei hält Luhmann¹¹¹ die von Weber und Durkheim beobachtete *Ausdifferenzierung der Gesellschaft* für besonders wichtig, durch die religiöse Bezüge immer mehr in den Hintergrund gedrängt würden. In diesem Zusammenhang seien auch die massiven Rückgänge an Gottesdienstbesuchen in den katholischen und reformierten Kirchen der letzten Jahre zu deuten. Weiter wird die Säkularisierungstheorie mit einem zweiten wichtigen Argument der *Anhebung des Lebensstandards*¹¹² begründet, welche zu einer Verringerung zentraler Lebensrisiken führe. Dabei gehen die Autoren von einem engen Zusammenhang zwischen Religion und dem Bedürfnis nach der Bewältigung schwieriger Lebenssituationen aus. So sei der zunehmende Wohlstand ausschlaggebend für den Rückgang der Nachfrage nach Religion in der modernen Gesellschaft. Ein dritter Aspekt der Säkularisierungstheorie weist auf den sozialen Charakter der Religiosität hin. In diesem Sinne werden durch die Modernisierung die Normen, welche Religion als für die Menschen verbindlich erklären, immer mehr aufgelöst. Dieser Verlust an Normen begünstige den Prozess, dass Religion in der postmodernen Gesellschaft immer mehr zur Privatsache wird. Als viertes Argument zur Unterstützung der Säkularisierungstheorie wird die wissenschaftliche Entwicklung genannt. Indem unerwartete Ereignisse wissenschaftlich gedeutet werden, empfinde es das moderne Bewusstsein als immer schwieriger, an transzendente Mächte wie an einen Gott zu glauben.¹¹³

Theorie der Individualisierung

Ein weiterer und für Spiritual Care bedeutsamer Ansatz ist die Theorie der Individualisierung und spirituellen Revolution. Im Vergleich zum modernisierungstheoretischen Ansatz der Säkularisierungstheorie geht Thomas Luckmann von einem weitergefassten Religionsbegriff aus.¹¹⁴ Dabei wird der Blick nicht auf den Niedergang, sondern die Ersetzung von institutioneller kirchlicher Religion durch neue Sozialformen der Religion gelegt. In diesem Sinne kommt es in der modernen Gesellschaft nicht zu einem Rückgang, sondern zu einer Veränderung von Religion und Religiosität. Parallel zur fortschreitenden Entkirchlichung und zum Rückgang christlicher Glaubenspraxis nimmt die Präsenz religiöser Phänomene im Alltag zu. Dabei wird der Religionsbegriff so weit ausgedehnt, dass sich „Religiöses“ in fast allen Lebensbereichen finden lässt. Es scheint, dass die Sehnsucht nach Erfahrungen von Transzendenz und Zugehörigkeit in einem immer stärkeren Gegensatz steht zum Rückgang der Religion. Einig sind sich die Säkularisierungs- und Individualisierungstheorie in ihrer Beobachtung, dass die Religion im europäischen Raum einen erheblichen Bedeutungsverlust erfahren hat. So scheint Religion als Umgangsform mit Fragen und jenseitigen Dingen in der konsumorientierten Gesellschaft ausgedient zu haben. Jedoch gibt es auch Kritiker der beiden Erklärungsmodelle.

¹¹¹ Luhmann, N. (1982): Funktion der Religion, S. 30ff.

¹¹² Norris, P. & Inglehart, R. (2004): Sacred and Secular. Religion and Politics Worldwide, S. 71 ff.

¹¹³ Berger, P. L. (1980): Der Zwang zur Häresie. Religion in der pluralistischen Gesellschaft, S. 15ff.

¹¹⁴ Luckmann, T. (1967): The Invisible Religion, S. 65 ff.

Die Markttheorie

Vertreter der in den 1980er Jahren aufgekommenen Markttheorie bestreiten, dass die Modernisierung westlicher Gesellschaften zu einer Abnahme von Religion und Religiosität geführt habe.¹¹⁵ Um die allgemeinen ökonomischen Marktgesetze von Angebot und Nachfrage anzuwenden, wird in der Theorie die Religion als ein Markt mit Anbietern (Kirchen und religiöse Gruppen) und Nachfragern (Gläubige) verstanden. Nimmt das Interesse an religiösen Angeboten in einer modernen Gesellschaft wie der Schweiz ab, würden – gemäss der These der Markttheorie – die Menschen mit qualitativ tief stehenden „religiösen Produkten“ versorgt. Diese Unattraktivität der Angebote hätte einen direkten Rückgang der Nachfrage zur Folge, was die tiefe Religiosität in Westeuropa erklären soll. Werden religiöse Angebote in einem Land nicht staatlich reguliert, hat dies eine freie Konkurrenz und einen Wettstreit um die Gunst der Gläubigen – wie in den USA – eine hohe Gesamtreligiosität zur Folge. In diesem Sinne würde aus Sicht der Markttheorie gerade das Beispiel der USA verdeutlichen, dass Industrialisierung und Modernisierung nicht zwingend mit einer Abnahme von Religiosität einhergehen müssen.

Schwächen der drei soziologischen Theorien

Wie die neuste Untersuchung von Stolz et al.¹¹⁶ aufzeigt, haben alle drei genannten Theoriemodelle Schwächen, indem die Komplexität der verschiedenen Faktoren und Betrachtungsebenen in starker Weise vereinfacht werden. Die Forschergruppe macht darauf aufmerksam, dass nur eine Theorie erklärend sein kann, welche drei verschiedene Ebenen durch kausale Mechanismen verbindet, die miteinander verknüpft sind: eine Makro-Ebene kultureller und gesellschaftlicher Randbedingungen, eine Meso-Ebene (Gruppen, Organisationen, Milieus) und eine Mikroebene individuellen Wahrnehmens und Handelns. Indem Ergebnisse individuellen Verhaltens auf der Makroebene betrachtet werden, kann eine Theorie mit den konkreten historischen Geschehnissen in Verbindung gebracht werden.

Die Milieutheorie von Stolz

Stolz et al. schlagen deshalb eine neue Theorie vor, welche den religiösen Wandel als Resultat religiös-säkularer und intra-religiöser Konkurrenzverhältnisse auf verschiedenen Ebenen beschreibt. Die Theorie postuliert, dass die religiös-säkularen gesellschaftlichen Regeln in der Zeit der 1960er Jahre einen tiefgreifenden Richtungswechsel durchgemacht haben. Als ausschlaggebende Faktoren für diesen Wandel von der „industriellen-“ zur „Ich-Gesellschaft“ werden der Wirtschaftsboom sowie der mit der 1968er Bewegung einhergehende Wertewandel genannt. Anhand einer repräsentativen Fragebogenstudie mit qualitativen Interviews zeigen die Autoren, wie sich die vier grossen Milieus „Institutionelle“ (traditionell und freikirchlich christlich), „Alternative“ (alternativ-religiöse und esoterische

¹¹⁵ Stark, R. (1999): Secularization In: *Sociology of Religion* (60:3), S. 249–273.

¹¹⁶ Stolz, J., Könemann, J., Schneuwly, P., Englberger, T. & Krüggeler, M. (2014): Religion und Spiritualität in der Ich-Gesellschaft. Vier Gestalten des (Un-)Glaubens). Beiträge zur Pastoralsoziologie (SPI-Reihe 16), S. 38ff.

Spiritualitätsformen), „Säkulare“ (indifferent oder religionsfeindlich) und „Distanzierte“ (Religion ist nur in bestimmten Situationen bedeutsam) tiefgreifend verändert haben. Auf der Mikroebene wird deutlich, dass das Milieu der „Institutionellen“ geschrumpft ist und nach der Prognose der Autoren weiter schrumpfen wird. Hingegen ist das Milieu der „Alternativen“ mit esoterischen Spiritualitätsformen stetig gewachsen und wird sich, gemäss der Prognose, stabil halten können. Das grösste Wachstum in den letzten Jahren verzeichnet die Gruppe der „Distanzierten“, die sich vor allem in schwierigen Lebenssituationen mit religiösen Themen beschäftigt. Die Autoren gehen davon aus, dass vor allem auch die Gruppe der „Säkularen“ in Zukunft noch einen grösseren Zuwachs verzeichnen wird.

Bezug der soziologischen Theorien zur Spiritual Care Forschung

Das neue Forschungsgebiet Spiritual Care ist sehr geeignet, um – in den Worten von Jürgen Habermas – die „Dialektik der Säkularisierung“ wahrzunehmen und zu verstehen.¹¹⁷ Durch die Vielfalt an weltanschaulichen Konzepten und subjektiven Konstruktionen, treffen in der Gesellschaft parallele „Glaubenswelten“ aufeinander, die unterschiedliche Bilder von Wirklichkeiten zeigen.¹¹⁸ So hat auch die Spiritual Care ihren Bezugsrahmen nicht mehr im institutionellen Leben der Kirche, sondern in der individuellen Erfahrung von Patienten und Fachpersonen.

2.7 Die Abhängigkeit der Spiritualitätsrezeption von soziokulturellen Entwicklungen

Sowohl perennialistische als auch konstruktivistische Zugangsweisen gehen davon aus, dass religiöse Erfahrungen von der Sozialisation und Kultur beeinflusst sind. Uneinig sind sich die beiden Traditionen in der Frage, ob nur die retrospektive Deutung oder auch die Erfahrung selbst kulturell geprägt ist. Dies führt zur Schlussfolgerung, dass auch die verschiedenen Forschungszugänge zum Verständnis des Spiritualitätsbegriffs vom Deutungs- und Erfahrungshorizont des Forschers und Auslegers nicht unabhängig sind. So verstehen religionssoziologische oder religionswissenschaftliche Forschungsmodelle die Veränderung von Religiosität und Spiritualität in der Gesellschaft als eine Folge von soziokulturellen und gesellschaftlichen Veränderungsprozessen, die im Wesentlichen durch den technischen Fortschritt und die Industrialisierung begünstigt sind. Die Veränderung von Religiosität und Spiritualität in der Gesellschaft zeigt sich besonders prägnant in der Auseinandersetzung mit Sinnfindungsprozessen.

Die Bedeutung von Sinnfindungsprozessen für das Spiritualitätsverständnis

Unter Sinnfindung werden zunächst alle Vorstellungs-, Glaubens- und Gefühlsgebäude verstanden, welche einem Menschen die Welt erklären, Lebensziele setzen und Handlungsrichtlinien geben. Das

¹¹⁷ Habermas, J. & Mendieta, E. (2010): Ein neues Interesse der Philosophie an der Religion? Zur philosophischen Bewandnis von postsäkularem Bewusstsein und multikultureller Weltgesellschaft. In: *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, Vol.58(1), S.3-16.

¹¹⁸ Utsch, M. (2008): Religionspsychologie: Ein Forschungsüberblick. Research Report. In: *International Journal for Practical Theology*, (12), S. 308–356.

Leben des einzelnen Menschen wird gewissermassen in einem Sinnzusammenhang verankert. Dabei ist für die modernen Gesellschaften die fehlende allgemeine Verbindlichkeit eines sinngebenden Deutungszusammenhangs charakteristisch. Das moderne Alltagsleben ist zersplittert in unterschiedliche Lebensbereiche wie Wirtschaft, Politik, Massenmedien, Kunst und Familie.¹¹⁹ Es erweist sich für die Moderne als typisch, dass der einzelne Mensch keine verbindlichen Deutungsmuster mehr vorfindet, die das Leben in einen übergreifenden Sinnzusammenhang stellen. Diese Enttraditionalisierung wird in einen engen Zusammenhang mit dem Freiheitsbegriff gestellt. Freiheit ist in der christlichen Tradition mit einer kollektivorientierten und partizipativen Einstellung verbunden, die als Freiheit „zu“ einigt und gemeinsam gestaltet. Dieser Prozess erfolgt durch eine spirituelle Transzendierungsbewegung, weg vom „alten“, individuell und egozentrischen Menschen, hin zum „neuen“ und gemeinschaftsorientierten Menschen. Bei der Enttraditionalisierung der Moderne hingegen liegt der Fokus auf der Loslösung von Obligationen und Traditionen im Sinne einer Freiheit „von“. Das Abstreifen von Bindungen und Verpflichtungen soll das Individuum frei „zur“ Maximierung des individuellen Nutzens machen. Dabei verläuft die Bewegung gerade umgekehrt von der Gemeinschaftsorientierung zur Individualisierung. Wie die aktuelle Entwicklung in der Spiritual Care zeigt, wird dieser Prozess der Individualisierung häufig auch als spiritueller Transzendierungsprozess verstanden. Sehr deutlich zeigt sich dies in esoterischen Spiritualitätskonzeptionen.

Die moderne Gesellschaft als Multioptionsgesellschaft

Peter Gross hält treffenderweise fest, dass sich die moderne Gesellschaft zu einer „Multioptionsgesellschaft“¹²⁰ entwickelt hat, in welcher der einzelne Mensch Anspruch auf immer mehr erhebt. Dadurch erschliesst sich dem modernen Menschen eine immer grössere Zahl von Handlungsmöglichkeiten. So wird das Periphere, Seltene und Abnormale zum Alltäglichen propagiert, und jeder, der sich darüber verwundert zeigt, wird zum gestrigen und unzeitgemässen Zeitgenossen stilisiert.¹²¹ Indem der Mensch das, was in der Wirtschaft, der Politik und Gesellschaft geschieht, sich selbst und nicht mehr Gott zuschreibt, erfordert dies eine zunehmende Übernahme von Verantwortlichkeit. Dabei erfolgen Entscheidungen kaum mehr nach Kriterien der Moral, sondern nach der Identitäts- und Erlebnisorientierung. Wie Neckel pointiert konstatiert, „tritt an die Stelle von Gott die Tiefe und Weite des eigenen Ich“.¹²² Die einzelnen Individuen können sich wie nie zuvor frei entscheiden und haben auch Kompetenzen entwickelt, mit dieser Freiheit umzugehen. Dennoch stellen die postmodernen Lebensbedingungen eine grosse Herausforderung an eine Sinnfindung, die lange Zeit auf religiösen oder humanistischen Idealen wie Gott, Freiheit oder Unendlichkeit beruht hat. Die Unsicherheit einer am

¹¹⁹ Prisching, M. (2009): Die Zweidimensionale Gesellschaft. Ein Essay zur neokonsumistischen Geisteshaltung, S. 63.

¹²⁰ Gross, P. (1994): Die Multioptionsgesellschaft, S. 9.

¹²¹ Prisching, M. (2009), S. 64.

¹²² Neckel, S. (2000): Identität als Ware. Die Marktwirtschaft im Sozialen. in: Neckel (Hg.) Die Macht der Unterscheidung. Essays zur Kultursociologie der modernen Gesellschaft, S. 33ff.

Wirtschaftswachstum ausgerichteten Welt drängt den modernen Menschen dazu, nach Halt inmitten einer Welt voller Ambivalenzen zu suchen. Dieses Bedürfnis nach Kontrolle der Ungewissheit wird heute kaum mehr durch Askese oder Hoffnung auf Gottes Gnade aufrechterhalten. Vielmehr wird Kontrolle im materiellen Wohlstand und in der physischen Sicherheit gesucht. Die rasante Entwicklung von Spiritual Care macht deutlich, dass auf der Suche nach Deutungs- und Sinnfindungsprozessen wieder vermehrt auf spirituelle Ressourcen zurückgegriffen wird.

Unterscheidung zwischen dem christlichen und säkularen Spiritualitätsverständnis

Es fragt sich, wie sich in der heutigen Zeit das säkulare und christliche Spiritualitätsverständnis voneinander unterscheiden. Um das christliche Spezifikum herauszuarbeiten, wird in der Theologie der anthropologischen Konstante des Spiritualitätsbegriffs eine pneumatologische gegenübergestellt. So wird das Verständnis, Spiritualität als eine ethische Grundhaltung einer Gemeinschaft oder eines Einzelnen aufzufassen, theologisch nicht gleichgesetzt mit einem Leben nach dem Geist Gottes. Wenn nun jede ethische Grundhaltung, auf die sich auch nicht religiöse Menschen beziehen, als Spiritualität bezeichnet wird, hat dies Einfluss auf die Prägnanz des Spiritualitätsbegriffs.

Wie Simon Peng- Keller feststellt, lässt sich die Theologie der Spiritualität, durch die pneumatologische Fokussierung, von der kirchengeschichtlichen Frömmigkeitsforschung einerseits und einer nicht-theologischen Spiritualitätsforschung andererseits unterscheiden. Anders als die Frömmigkeitsforschung, soll sich die Theologie der Spiritualität nicht nur mit der *praxis pietatis*, sondern auch mit der „*Wirksamkeit des Heiligen Geistes im Leben der Glaubenden beschäftigen*“. Dabei drängt sich im Hinblick auf die Spiritual Care Forschung die Frage auf, wie diese „Neuwerdung“ des Lebens aus der Taufe und das charismatische Wirken des Geistes untersucht werden sollen in einem Modell, welches sich von der empirischen Spiritualitätsforschung abgrenzt. So ist die Wahrnehmung, wie der Geist Gottes am einzelnen Menschen wirkt, nicht nur sprachlich, sondern auch im Deutungsprozess nicht von der biographischen Prägung und menschlichen Erfahrung zu trennen.

Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Theologie der Spiritualität dort an ihre Grenzen stößt, wo sich Menschen von der christlichen Lehre entfernt haben und ihre Spiritualität vom Hintergrund individueller persönlicher Erfahrung deuten. Es wird oft kritisch eingewendet, dass sich die Theologie von einer „Machbarkeit“ spiritueller Erfahrung abzugrenzen habe, indem christlicher Glaube vom unverfügbaren Handeln Gottes spreche und sich nicht abhängig von menschlichen Erlebnissen machen will. Bei allen diesen Auseinandersetzungen geht es um das Verhältnis von Prozesssteuerung, Konfliktbewältigung und vertrauensvollem Zulassen. Doch gilt es zu klären, in welchem Verhältnis Kontrolle, aktives Steuern von Prozessen und Konfliktbewältigung zu Loslassen und Vertrauen stehen sollen. Oft

wird in unserer Gesellschaft die Frage gestellt, ob ethische Werte abhängig sind von einem religiösen Glauben? Denn wie die Christen betonen auch die Atheisten, dass für sie ethische Wertvorstellungen von Bedeutung sind. Inzwischen gibt es einige religionsvergleichende Untersuchungen, welche die Tugend der grossen Weltreligionen untersuchen und dabei zu folgenden sechs Kerntugenden kommen: Weisheit/Wissen, Mut, Liebe/Humanität, Gerechtigkeit, Mässigung, Spiritualität/Transzendenz. Dabei geht es um die Frage, wie diese Werthaltungen und Tugenden für das Zusammenleben in unserer säkularisierten Gesellschaft aufrechterhalten und an künftige Generationen weitergegeben werden.

3. Das Verständnis von Spiritualität in der Seelsorge

Nach der Auseinandersetzung mit den wissenschaftlichen und methodischen Grundlagen zur christlichen Spiritualitätsforschung beschäftigt sich dieses Kapitel mit der Bedeutung von Spiritualität in der Praxis der Seelsorge. Innerhalb des theologischen Fächerkanons befasst sich die Poimenik mit der Seelsorgelehre. Poimenik (von griech. *poimen* = Hirte) ist eine Teildisziplin der praktischen Theologie. Wie die Auseinandersetzung in diesem Kapitel zeigt, gibt es in der Geschichte der Seelsorge, je nach theologischem Verständnis, verschiedene Ansätze, diesen „Hirtendienst“ zu interpretieren und in der Seelsorgepraxis umzusetzen. In jeder Generation ringen TheologInnen konfessionsübergreifend um das rechte Seelsorgeverständnis, indem sie versuchen – die zeitgemässen ‚Updates‘ vorzunehmen. Aktuell wird die Seelsorge durch die Spiritual Care herausgefordert, darüber nachzudenken, wie Seelsorge im 21. Jh. bei der zunehmenden Entkirchlichung glaubwürdig konzipiert und praktiziert werden kann. Dies bringt die Frage nach dem Proprium der Seelsorge neu ins Blickfeld und in die Diskussion. Um die Bedeutung von Spiritualität in der Seelsorge zu verstehen, wird in der vorliegenden Publikation nicht nur auf reformierte und katholische Fachliteratur, sondern auch auf kirchliche Leitlinien und Arbeitspapiere zurückgegriffen.

Das biblisch-theologische Menschenbild der Seelsorge

Wie Doris Nauer in ihrem neusten Buch¹²³ deutlich macht, gehört ein ganzheitliches Menschenbild seit jeher zum Proprium des Seelsorgeverständnisses. Dieses wird in der kirchlichen Seelsorge nicht nach philosophisch-hellenistischem, sondern nach biblisch-theologischem Verständnis begründet, indem der Mensch schöpfungstheologisch als Ebenbild und (Bundes-) Partner Gottes betrachtet wird. So ist der Mensch nicht nur mit verschiedensten Fähigkeiten in Bezug auf die individuelle Entwicklung seiner Identität ausgestattet, sondern übernimmt als Beziehungs- und Sozialpartner Verantwortung im familiären, gesellschaftlichen, politischen, und ökonomischen Umfeld. Wie der einzelne Mensch in das Verhältnis mit Gott als seinem Schöpfer tritt, ist biblisch-theologisch als geistlich-spiritueller Prozess zu verstehen. Charakteristisch für die christliche Seelsorge ist, dass sie an die menschlichen Erfahrungen anknüpft und sich dadurch als eine Form alltäglicher mitmenschlicher Anteilnahme und Solidarität versteht. In ihrer Gestaltung der individuellen Zuwendung ist die Seelsorge nicht exklusiv an das Gespräch gebunden. So haben religiöse Rituale nicht nur die Funktion, ein seelsorgliches Gespräch zu vertiefen, sondern auch als explizit religiös zu qualifizieren. Im Prozess der Begleitung und Begegnung vollzieht sich Lebensdeutung mit dem impliziten Ziel, die Lebens- und Glaubensgewissheit von Menschen angesichts postmoderner Unverbindlichkeit und Pluralität zu stärken.

¹²³ Nauer, D. (2015): *Spiritual Care statt Seelsorge?*

Gemeinsame Identität der Seelsorgenden

Wie im Grundsatzpapier des Europäischen Netzwerks für Klinikseelsorge (European Network of Health Care Chaplaincy ENHCC)¹²⁴ festgehalten ist, erfordert der religiöse Wandel eine *„klare gemeinsame Identität als Seelsorgende, eine gelebte Beziehung mit der Kirche, Glaubensgemeinschaft oder Organisation und ausreichende Gestaltungsfreiheit, um sich in der Arbeit zu organisieren“*. Christliche Seelsorge orientiert sich in ihrem Leitbild an der Nachfolge Jesu Christi. In Wort und Tat tragen SpitalseelsorgerInnen dazu bei, dass für kranke Menschen die heilsame Nähe Gottes inmitten von Krankheit, Leiden, Sterben, Tod und Trauer spürbar wird. In diesem Sinne versteht sich Seelsorge als gelebte Mitmenschlichkeit, Nächstenliebe, Barmherzigkeit, Solidarität und Gerechtigkeit. Dies bedeutet, dass sich christliche SeelsorgerInnen als religiöse Menschen verstehen sollen, die in Verbindung zu einer Kirche und ihrer konfessionellen Theologie stehen. Im System Krankenhaus muss sich Seelsorge innerhalb von medizinischen Organisationen positionieren, die in einem schnellen Wandel begriffen sind. Der Fortschritt von Technik und Wissenschaft eröffnet immer mehr Behandlungsoptionen und diagnostische Möglichkeiten. Zugleich müssen die teuren medizinischen Dienstleistungen „rationiert“ werden, was zu heiklen ethischen Entscheidungen führt. In den Universitätsspitalen führt neben einer hohen Patientenfluktuation auch der häufige Ärzteswechsel dazu, dass es zu einer Verschiebung der Aufmerksamkeit weg vom einzelnen Menschen hin zur „Technologie des Heilens“ gekommen ist. Diese Entwicklungen stellen die Krankenhausseelsorge vor grosse Herausforderungen, da ihre Handlungen aus der christlichen Motivation der Nächstenliebe oft in einem Gegensatz stehen zum ökonomisch-funktionalen Verständnis in der Medizin.

Seelsorge als Zwischen-Raum

Wie Christoph Morgenthaler ausführt,¹²⁵ gewinnt die Seelsorge ihr Leitbild aus einem „Zwischen-Raum“. *„So bewegt sich Seelsorge zwischen Kirche und Krankenhaus, zwischen gesicherter Rechtsstellung und struktureller Bedeutungslosigkeit, zwischen Patienten und Mitarbeiterschaft, zwischen Evangelium und Beziehung, Alltagsgespräch und Psychotherapie, Professionalität und Betroffenheit, Macht und Ohnmacht, Gesundheit und Krankheit, Leben und Tod“* In diesem Spannungsfeld hat sich die Seelsorge zu positionieren, indem sie im tiefsten Sinne des Wortes ein „Inter-esse“ dazwischen vertritt. Aus diesem Zwischenraum heraus kann sich Seelsorge in einer ganzheitlichen Sorge um das Wohl des Patienten profilieren, der durch die Krankheit in seiner Ganzheit verletzt und in Frage gestellt ist.¹²⁶ Aus dieser Position des Dazwischens leitet die Seelsorge aus Geschichten und Traditionen ihre Existenzberechtigung ab, die jenseits eines zweckrational auf Heilung ausgerichteten Systems

¹²⁴ Europäisches Netzwerk für Klinikseelsorge. Online verfügbar unter <http://enhcc.eu>, zuletzt aktualisiert und eingesehen im Januar 2015.

¹²⁵ Morgenthaler, Ch. (2009): Seelsorge: Lehrbuch praktische Theologie. Band 3, S. 333.

¹²⁶ Ebd., S. 334.

Krankenhaus liegen. Wie Morgenthaler ausführt, kann die Seelsorge aus diesem Zwischenraum heraus kranke Menschen als „Zwischenraum-Wesen“¹²⁷ begleiten. Durch aktives Zuhören, Deuten und aktualisierendes Gestalten bilden sie für Patienten in diesem Zwischenraum Brücken, um die Kohärenz in ihrer Lebensgeschichte aufrecht zu erhalten. Seelsorge hilft, Lebensgeschichten dort weiterzuerzählen, wo sie durch das Krankheitsgeschehen an den Grenzen des Lebens abgebrochen erscheinen. Dieser Zwischenraum erlaubt es der Seelsorge, Sterben als einen Prozess zu deuten, der den Menschen in seiner körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Ganzheit betrifft. In allen Bereichen stehen SeelsorgerInnen vor der herausfordernden Aufgabe, sich in einem komplexen institutionellen System zu verorten, dieses System in seinen funktionalen Abläufen zu verstehen, Handlungsspielräume auszuloten und ihre Ziele und Aufgaben transparent zu kommunizieren. In diesem Zwischenraum liegt die Haltung der Seelsorge begründet zwischen Auftragserfüllung und kreativem Widerstand, zwischen Aussen und Innen, zwischen Funktionalität und dem befreienden Auftrag des Evangeliums. Seelsorge gehört zu diesem Funktionssystem Krankenhaus, ohne Teil davon zu sein. Christliche SeelsorgerInnen wollen durch ihre Nicht-Neutralität dazu beitragen, in der Gesellschaft und im Vergleich zu anderen religiösen und alternativ-religiösen Strömungen erkennbar zu sein.

Spannungsfelder der Seelsorge

Die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Seelsorgetheorien macht deutlich, dass die Seelsorge des 21. Jahrhunderts vor vielen grossen Herausforderungen steht. Diese sind wesentlich durch die im letzten Kapitel geschilderten soziokulturellen Veränderungen bedingt. So ist das, was man in der Alten Kirche oder in der Reformation unter Seelsorge verstand, wesentlich verschieden von dem, was wir gegenwärtig damit verbinden. In Anlehnung an Michael Klessmann¹²⁸ lassen sich für die Seelsorge folgende fünf Spannungsfelder skizzieren:

1. Seelsorge bezeichnet ein Handeln der Kirche, obwohl sie jedoch z.B. in der Krankenhausseelsorge häufig auf Menschen trifft, die sich als kirchendistanziert verstehen.
2. Das Wort Seelsorge klingt für einige Ohren „verstaubt“ und „altertümlich“. Dies vor allem deshalb, weil die Psychologie als Wissenschaft das Wort Seele durch das Wort Psyche ersetzt hat und dadurch die anthropologische Dimension des Seelenbegriffs verlorengegangen ist.
3. Seelsorge bezeichnet ein Phänomen, das zwar in einem antik-säkularen Kontext seinen Platz hat, jedoch erst später durch die lateinische Alte Kirche als *cura animarum*¹²⁹ eingewandert ist. Dadurch gibt es keine unmittelbare biblische Herleitung dieses Begriffs. Klessmann fasst diese Tatsache sehr pointiert zusammen, indem der Begriff Seelsorge von Sokrates bzw. Plato und nicht von Jesus

¹²⁷ Ebd., S. 336.

¹²⁸ Klessmann, M. (2008): Seelsorge. Begleitung, Begegnung, Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens, S. 4ff.

¹²⁹ Ebd.

eingeführt worden sei. Dennoch ist die Begleitung von Menschen in unterschiedlichen Lebenssituationen in den Evangelien biblisch belegt und bezeugt.

4. Seelsorge verfügt nur in begrenztem Mass über eigene, religiöse Methoden. Deshalb muss sie „Anleihen“ bei der Psychotherapie bzw. der Philosophie machen. Dabei fragt, sich, nach welchen Massstäben und in welcher Form solche „Anleihen“ übernommen und integriert werden können.
5. Unmittelbar mit der Frage der „Anleihe“ ist auch die Frage nach der Kompetenz verbunden, wer zur Seelsorge überhaupt berechtigt sei. Diese Frage stellt sich auch im Hinblick auf den Auftrag des Protestantismus, der Seelsorge in den Auftrag aller Christinnen und Christen stellt. Im Hinblick auf das Gesundheitswesen wird dadurch theoretisch auch den freiwilligen Laien seelsorgliche Kompetenz zugesprochen. On

Kriterien zur Gliederung von Seelsorgekonzeptionen

Christian Möller bietet in seinem dreibändigen Werk in Form von Einzelporträts zu den verschiedenen Epochen eine umfassende Übersicht über die Geschichte der Seelsorge. Die einzelnen Beiträge sind jeweils in drei Teile gegliedert. Der erste Teil widmet sich der Biographie der für die Epoche bedeutsamen Personen, deren Wirken in einem zweiten Teil anhand exemplarischer Texte erläutert wird. Im dritten Teil wird die prägende Bedeutung dieses Wirkens für die seelsorgliche Praxis festgehalten. Dabei lehnt sich Möller in seiner Darstellung wesentlich an bedeutsame Epochen in der Kirchengeschichte.

Anders als Möller geht Doris Nauer in ihrem Kompendium «Seelsorgekonzepte im Widerstreit» vor.¹³⁰ Die von ihr beschriebenen 30 Seelsorgekonzepte sind mit Ausnahme ihres eigenen Konzeptes nicht mit der exemplarischen Beschreibung eines/r zentralen Vertreters/in verbunden. Vielmehr wählt sie einen grösseren Personenkreis mit ähnlichem Ansatz aus, mit dem sie gewissermassen mosaikartig ein Seelsorgekonzept bildet. Diese Selektion von Autoren und Texten erfolgt nach dem Kriterium von Aktualität und Gegenwartsrelevanz. Es bietet eine sehr fundierte und zusammenfassende Darstellung der Seelsorgelehre. Aufgrund des Umfangs und der verschiedenen Akzentsetzungen in den beiden Übersichtswerken stellte sich in der vorliegenden Arbeit die Frage nach den Selektionskriterien, nach denen bei der Auswahl an Autoren und Konzepten vorgegangen werden soll.

Konsequenzen für die vorliegende Arbeit

Wie die beiden Darstellungen zeigen, gibt es gute Gründe für verschiedene Vorgehensweisen. So war es der Autorin in der vorliegenden Arbeit ein Anliegen, anhand von verschiedenen Vertretern und Seelsorgekonzepten den Zusammenhang zwischen Spiritualitätsverständnissen und der Veränderung von

¹³⁰ Nauer, D. (2001). Seelsorge im Widerstreit.

Gesellschaftsformen aufzuzeigen. In diesem Sinne steht jede Epoche vor der Herausforderung eines mehr oder weniger radikalen Neuverstehens des Glaubens, weil die jeweilige Gesellschaftsstruktur und technologische Entwicklung dies erfordern. Spiritual Care ist als Zusammenarbeit verschiedener Fachpersonen wesentlich durch die digitale Revolution geprägt, die im Gesundheitswesen Spuren hinterlässt. So beeinflussen neue Medien zunehmend das Kommunikationsverhalten und auch das Berufsverständnis der verschiedenen Berufsgruppen.

Die folgenden Kapitel befassen sich deshalb mit bedeutenden Vertretern aus verschiedenen Zeitepochen der Kirchengeschichte im Wissen darum, sich durch diese Auswahl dem Vorwurf der Unvollständigkeit auszusetzen. Auf diese Herausforderung der Unvollständigkeit hat auch Möller in seinem Werk hingewiesen.¹³¹ Ziel ist es, anhand der verschiedenen Epochen die Charakteristika der verschiedenen Spiritualitätsverständnisse herauszuarbeiten und für die interprofessionelle Ausgestaltung von Spiritual Care fruchtbar zu machen.

3.1 Seelsorge und theologische Anthropologie in der Reformationszeit

Der Kern der Philosophie des Geistes ist die Frage nach dem Leib-Seele-Problem, wie sich die mentalen Zustände (oder der Geist, das Bewusstsein, das Psychische, die Seele) zu den physischen Zuständen (oder dem Körper, dem Gehirn, dem Materiellen, dem Leib) verhalten. Handelt es sich hier um zwei verschiedene Substanzen? Oder sind das Mentale und das Physische letztlich eins? In der Theologiegeschichte steht immer wieder die Frage im Raum, in welcher Verbindung die Gotteserkenntnis zur sündhaften Natur des Menschen steht. Nach reformatorischem Verständnis gewinnt der Mensch zwar aus der Betrachtung von Natur, Geschichte und seiner selbst eine gewisse Gotteserkenntnis. Jedoch bleibt er Sünder, der fern von Gott ist. Deshalb ist er darauf angewiesen, dass Gott sich ihm durch sein Wort, in dessen Zentrum Christus steht, zu erkennen gibt. *Sola gratia, sola fide, sola scriptura* und *solus christus* sind die zentralen Grundelemente der reformatorischen Lehre von der Rechtfertigung. Die Reformatoren gelangen, in Abgrenzung zur katholischen Theologie, zur Überzeugung, dass der Mensch allein dank der Gnade Gottes das Heil bzw. das ewige Leben erlangt. Dabei setzten die Reformatoren durchaus auch verschiedene Akzente. Calvin folgt dem Kirchenvater Augustinus in seinem Verständnis der Sünde als Erbsünde, einer völligen, schuldhaften Trennung des Menschen von seinem Schöpfer, die nur Gott überwinden kann. Weil Luther Vergebung und Tröstung in der katholischen Kirche aufs äusserste gefährdet sah, wendet er sich mit aller Kraft gegen das Sakrament der Busse. Luther stellt sich gegen die Überzeugung, mit eigenen Werken die Sünden vor Gott zu überwinden. Im gleichen Sinn wie Luther, wehrt sich auch Calvin in seiner Institutio gegen die Busse als sakramentalen Akt, der die Vergebung der Sünden bewirken soll. So steht die Gewalt, zu lösen und zu binden, nach Calvins

¹³¹ Möller, Ch. (1995). Geschichte der Seelsorge in Einzelporträts. Band 2 von Martin Luther bis Matthias Claudius, S 7ff.

Verständnis ganz allein dem Worte Gottes in der Predigt des Evangeliums zu. Seelsorge wird wesentlich als eine Form von Kirchenzucht verstanden, die von Calvin insofern relativiert wird, weil er der göttlichen Gnade und Barmherzigkeit keine Schranken auferlegen will. In diesem Sinne soll Kirchenzucht nicht, wie in der katholischen Kirche, so weit gehen, dass einzelne Menschen als Unwürdige vom Abendmahl ausgeschlossen werden. Vielmehr erhält Kirchenzucht einen seelsorglichen, nicht aber richtenden Charakter. Dabei habe die Kirche darüber zu wachen, dass die vom Wort und Sakrament ausgehende Kraft an den Gliedern der Kirche wirksam werde. So gesehen ist die kirchliche Zucht das Mittel, mit welchem der Zusammenhang zwischen dem Wort Gottes und dem Leben der Menschen gefördert werden soll. Weil die Kirche das Evangelium in der Predigt und im Austeilen von Taufe und Abendmahl verkündigt, fragt sie auch nach der von Wort und Sakrament gewirkten Frucht. In diesem Sinne ist das Leib-Seele Verständnis von Calvin in dieser Vorstellung des Platonischen Leib-Seele Dualismus begründet.¹³²

Charakteristika des Spiritualitätsverständnisses in der Reformationszeit

Charakteristisch für die Spiritualität der Reformation ist ihre Abgrenzung zum Katholizismus, die in der Nüchternheit und ihrer Bezogenheit auf das Wort Gottes zum Ausdruck kommt. So sind sowohl die Kirche als auch das christliche Leben auf dieses Wort bezogen. Weil der Auslegung des Wortes Gottes in der Predigt eine wichtige Bedeutung zukommt, ist die reformatorische Spiritualität wesentlich auch eine Spiritualität der Gemeinschaft. Spiritualität zeigt sich als Andacht, in deren Zentrum das persönliche Gebet als Ausdruck der Gemeinschaft mit Gott steht. Die Bildlosigkeit und karge Symbolik bringen zum Ausdruck, dass die geistige Präsenz Gottes im Vordergrund steht. Diese direkte Teilhabe an der göttlichen Gnade und Barmherzigkeit kann als fundamentales Neuverstehen des christlichen Glaubens und seiner Abhängigkeit von der Person des Priesters als Mittler zwischen Gott und dem Menschen verstanden werden. Dies hat zur Folge, dass der reformierte Gläubige in Bezug auf seine Rechtfertigung von der Kirche unabhängiger wird.

3.2 Seelsorge und theologische Anthropologie im Pietismus

Der Pietismus des 17. Jahrhunderts gilt nach der Reformation als eine weitere wichtige Reformbewegung in der Geschichte des Protestantismus. Er versteht sich theologisch als eine Rückbesinnung auf zentrale Anliegen der Reformation, die jedoch durch die Aufnahme anderer Traditionsstränge in spezifischer Weise umgeformt werden. Auch im Pietismus steht die Lehre von der Rechtfertigung im Zentrum. In den Fokus der pietistischen Bewegung rückt das fromme Subjekt. Die reine Lehre sowie die kirchliche Einheit geraten dabei in den Hintergrund. So findet sich einerseits in der pietistischen

¹³² siehe auch: Schwendemann, W. (1996): Leib und Seele bei Calvin: Die erkenntnistheoretische und anthropologische Funktion des platonischen Leib-Seele-Dualismus in Calvins Theologie, S. 20ff.

Bewegung ein moderner Zug, da sie der Persönlichkeit des Einzelnen einen hohen Stellenwert gibt. Andererseits ist der Pietismus im Laufe seiner Entwicklung eine theologisch und sozial weitgehend konservative Bewegung geworden. Obwohl der Pietismus historisch betrachtet ein komplexes Gebilde darstellt, zeigen die einzelnen Bewegungen dennoch eine gewisse Einheitlichkeit. Dabei gehört es zum Spezifikum der Bewegung, dass sie die Rechtfertigungslehre vor der Flut der rationalistischen Bewegung gerettet hat.¹³³ Im Zentrum stehen der Freispruch und die Heiligung des Menschen. Dabei ist der Blick auf den Menschen gerichtet, der das Leben als Geheiligter aus Gott heraus erfährt. So tritt Gottes Werk am Menschen zurück hinter den Menschen, der zu einem neuen Leben berufen und befreit worden ist. Obwohl Busse und Reue aus dem Werk Gottes heraus entstehen, liegt der Fokus des Vergebungsgeschehens beim Menschen. Dies führt zu einer Verschiebung des Interesses von Gott weg auf den Menschen und sein Tun, was durch eine fromme Innerlichkeit charakterisiert ist. Im Zuge dieser Entwicklung erhielten Hauskreise mit gemeinsamem Bibelstudium und Gebet oft eine ähnlich große oder größere Bedeutung als Gottesdienste. Dabei wird dem Priestertum aller Gläubigen ein besonderes Gewicht beigemessen.

Charakteristika des Pietistischen Spiritualitätsverständnisses

Seelsorge und Spiritualität sind im Pietismus auf den Aspekt der Heiligung gerichtet. So löst sich der Pietismus zwar nicht von der Wortverkündigung in Predigt und Sakrament. Dennoch zeigt die Heiligung ein stärkeres Eigengewicht als in der Reformationszeit. Diese Auseinandersetzung mit der Reformbewegung des Pietismus macht auf die Herausforderungen aufmerksam, die sich der christlichen Spiritualität nach der Zeit der Reformation stellen. Dabei werden in Spiritualität und Glauben Antworten auf die Frage nach der Verwirklichung christlichen Lebens und der daraus entstehenden Konsequenzen für das Wesen der Kirche gesucht.

Einfluss der Aufklärung auf Pietismus und Erweckungsbewegung

Seit ihrer Entstehung in der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts hat die pietistische Bewegung zahlreiche Veränderungen durchgemacht. Durch die im 18. Jahrhundert aufkommende Aufklärung gerieten die Vertreter des Pietismus sukzessive in die Defensive und verloren an Einfluss. Die Aufklärer erschütterten das traditionelle Weltbild durch neue Erkenntnisse der Naturwissenschaft und stellten die traditionelle Theologie infrage. Die Theologie reagierte darauf mit einer zunehmenden Verwissenschaftlichung, wurde aber für die normalen Gemeindemitglieder immer unverständlicher. Der Widerstand gegen die Aufklärung kann als Hauptkatalysator für die Restaurationsbewegungen und der darauf folgenden Erweckungsbewegung verstanden werden.¹³⁴ Die Wiedergeburt wird zu einem zentralen

¹³³ Thurneysen, E. (1948): Die Lehre von der Seelsorge. 7. Auflage 1994, S. 59.

¹³⁴ Kuhn, T. & Albecht-Birkner, V. (2017): *Zwischen Aufklärung und Moderne. Erweckungsbewegungen als historiographische Herausforderung* (Religion - Kultur - Gesellschaft. Studien zur Kultur- und Sozialgeschichte des Christentums in Neuzeit und Moderne).

Begriff, der das Ende eines Lebens nach weltlichen Massstäben und den Beginn eines neuen Lebens als Christ bezeichnet. Die Erweckungsbewegung entstand sowohl am Rand von etablierten Kirchen, innerhalb als auch ausserhalb bestehender kirchlicher Strukturen. Sie gilt als Reaktion auf einen Glauben, der als dogmatisch fixiert, liturgisch erstarrt oder rein traditionalistisch empfunden wurde. So entstanden im Zuge der Erweckungsbewegung zahlreiche soziale Einrichtungen, die sich neben der Verkündigung in diakonischem Engagement für das Wohl von kranken und sozial benachteiligten Menschen eingesetzt haben. Sie stehen für die Spiritualität eines Christentums, welches in der Nächstenliebe tätig wird.

3.3 Seelsorge und theologische Anthropologie des 20. und beginnenden 21. Jahrhunderts

Spätestens seit den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts gibt es keinen einheitlichen Seelsorgebegriff mehr, da die alle Lebensbereiche durchziehende Pluralisierung und Individualisierung längst auch die Poimenik erreicht hat.¹³⁵ In Seelsorgekonzeption und –praxis sind verschiedene Handlungsdimensionen zu unterscheiden, die in den einzelnen Epochen unterschiedlich stark gewichtet worden sind. Klessmann unterscheidet folgende fünf Dimensionen, die das Phänomen Seelsorge beschreiben:

- alltägliche Dimension
- kerygmatische (verkündigende) Dimension
- rituelle Dimension
- politisch-gesellschaftliche (öffentliche Dimension)
- philosophisch-lehrhafte, ethische Dimension

Die unterschiedliche Gewichtung der einzelnen Dimensionen hat im 20. und 21. Jahrhundert zur Ausprägung der folgenden vier Seelsorgeparadigmen geführt, die in den folgenden Kapiteln anhand ihrer typischen Vertreter dargestellt und diskutiert werden.

3.3.1 Die Liberale Theologie am Übergang vom 19. zum 20. Jahrhundert

Wie die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Seelsorgeverständnissen zeigt, wird dieses massgeblich durch die zugrundeliegende Anthropologie mitbestimmt. Grundlage ist die Doppelnatur des Menschen aus Leib und Seele. So haben sich verschiedene namhafte Theologen mit der Frage beschäftigt, in welchem Gottesverhältnis die beiden menschlichen Naturen stehen. Diese Beschäftigung mit der Doppelnatur des Menschen wurde in der Neuzeit geradezu zum Dogma, welches das Denken über die menschlichen Dinge und die Seelsorge mitbestimmt hat. Die Liberale Theologie geht von einer „religiösen Anlage“ im Menschen aus, die dem Menschen die Erkenntnis Gottes ermöglicht. Diese

¹³⁵ Ebd., S. 49.

göttliche Substanz wird im Menschen, gemäss liberal theologischer Vorstellung, durch mystische Versenkung, intellektuelle Konzentration oder moralische Reinigung lebendig gemacht. Bildlich wohnt das „Göttliche“ dem Menschen als Funken inne, der zur Flamme „entfacht“ werden soll. Gemäss dieser Vorstellung wird es als Aufgabe der Seelsorge betrachtet, die Entfachtung und Erweckung des eigenen Selbst zu fördern, das im Tiefsten als göttlich verstanden wird. Methodisch bezieht sich die seelsorgliche Begleitung – im Gegensatz zur Reformation, zum Pietismus oder zur Kerygmatischen Seelsorge – nicht nur auf das Wort Gottes und das darauf gründende Verständnis von Sünde und Gnade. So gelangt der Mensch nach liberal theologischem Verständnis, neben der Offenbarung durch das Wort, auch aus der Vernunft eigenen Denkens, Erfahrens und Erlebens zur Gotteserkenntnis. Dabei betrachtet die liberale Theologie die Volkskunde und Psychologie als wichtige Bezugsdisziplinen der Seelsorge, indem sie sich mit der Frage beschäftigt, wie die Seelsorge dem Menschen in seiner sozialen und psychischen Lage gerecht wird. Seelsorge stellt für die liberale Theologie ein alltägliches Phänomen dar, da der Übergang zwischen Alltagsgespräch und Seelsorge als fließend verstanden wird. In diesem Sinne kann jedes Gespräch als Seelsorge bezeichnet werden. Stärke der liberal-theologischen Seelsorge ist ihre Nähe zum Alltag des Menschen, da sie sich auf die alltägliche Lebensführung und Lebensprobleme von Menschen ausrichtet. Zugleich beschäftigt sich liberal-theologische Seelsorge auch mit unterschiedlichen Lebenschancen, die sich im Hinblick auf Fragen nach sozialer Gerechtigkeit (wie Zugang zum Arbeitsmarkt, ungleiche Verteilung von Gütern, Milieuunterschiede, nationale Zugehörigkeit etc.) oft konflikthaft verschärfen.

Die Politische Theologie als Gegenbewegung der Offenbarungstheologie in der Zeit des 2. Weltkriegs

Die liberale Theologie ist in den Wirren des zweiten Weltkriegs immer stärker zum *„grossen Gegenspieler alles schriftgebundenen offenbarungsmässigen Denkens und Glaubens in der Kirche“* geworden.¹³⁶ Einer der bekanntesten Vertreter der Politischen Theologie - ihre Blütezeit lag zwischen 1930 und 1934 - ist der Erlanger Theologieprofessor und Systematiker Paul Althaus.¹³⁷ Mit der Lehre von der Ur- oder Grund-Offenbarung wandte sich Althaus gegen die christozentrische Offenbarungstheologie der Dialektischen Theologie Karl Barths, die eine Selbsterschliessung Gottes ausserhalb Christus ausschliesst. Diese Auseinandersetzungen entfalteten im Rahmen der Machtübernahme Hitlers ihre volle Tragweite. In Anlehnung an den Volksgemeinschaftsgedanken der Nation, wurde eine politische Theologie formuliert, die sich als mitverantwortlich für politische Entscheidungen betrachtete. Mit den Anfängen der politischen Theologie wurde das Recht des Volkes zum Inbegriff des göttlichen Schöpfungswillens. Paul Althaus arbeitete seit 1916 mit dem Begriff „Volk“ und sah im Bekenntnis zum

¹³⁶ Ebd., S. 82.

¹³⁷ Althaus, P. (1888-1966) : Professor, Prediger und Patriot in seiner Zeit (2013). Verfasst von: Jasper, G. (2006): Theologiestudium in Tübingen vor 100 Jahren - im Spiegel der Briefe des Studienanfängers Paul Althaus an seine Eltern. In: *Zeitschrift für neuere Theologiegeschichte* 13 (2), S. 251–335.

Volkstum v. a. die sittliche Leistung: die Bereitschaft zur Solidarität, zur Hingabe und zum Opfer. Althaus gewann der Bewegung sogar transzendente Aspekte ab: *„Völkische Bestimmtheit ist schon ein Aufwachen aus der Stumpfheit rein materiell bestimmten Dahinlebens, ist schon ein Hineinwachsen in eine Welt sittlicher unsichtbarer Verpflichtungen und kann damit sicherlich der Vorhof zum Heiligtum der Religion werden“*.¹³⁸

Nach Althaus' Verständnis offenbart sich Gott auch außerhalb Jesu Christi in der menschlichen Existenz, in der Geschichte, der Natur und dem menschlichen Wahrheits- und Sündenbewusstsein. Althaus betrachtete Institutionen wie Ehe, Familie, Arbeit, Wirtschaft, Recht, Volk, Staat, Kirche und Gesellschaft als von Gott vorgegebene Seinsordnungen. Für ihn sind sie deshalb nicht als bloße Erhaltungs-, sondern als Schöpfungsordnungen zu verstehen, weil Gott in ihnen fortwährend wirkt. Nach seinem Verständnis sind die Ordnungen Gottes Mittel, die Welt auf sein Reich hin zu erhalten und das Zusammenleben der Menschen zu gewährleisten. Dafür binden sie den Menschen, der in seiner Freiheit zur verantwortlichen Entscheidung für sie in Anspruch genommen wird. Althaus' Ansicht vom Volk als Schöpfungsordnung hat zu seinen umstrittenen Aussagen zum Nationalsozialismus und zum Judentum geführt. Althaus begrüßte, wie viele evangelische Theologen, die Machtergreifung der Nationalsozialisten. Obwohl sich Althaus ab 1936 immer mehr vom Dritten Reich distanziert, finden sich in seinen Schriften einige antisemitische Äußerungen, die sich aus seiner Lehre vom Volk als Schöpfungsordnung ergeben. 1933 entwarf Althaus, mit seinem Kollegen Werner Elert, das Gutachten der Erlanger Theologischen Fakultät zu einem geplanten Arierparagraphen der Reichskirche. Althaus und Elert fordern in ihrem Gutachten, „nichtarische“ Bewerber von einem kirchlichen Amt auszuschließen. Bereits eingestellte „Nichtarier“ sollten jedoch – entgegen den Forderungen der Deutschen Christen – nicht aus ihren Ämtern entlassen werden.¹³⁹

Diese ganze Problematik in Bezug auf das Fehlverhalten der Kirche in der Zeit des Nationalsozialismus hat dazu geführt, den Glauben an das Göttliche im Menschen grundlegend in Frage zu stellen. Aus dieser Perspektive können die Bedeutung der Dialektischen Theologie und Barths Verdienste um die Bekennende Kirche verstanden werden, welche Deutschland und die Schweiz über viele Jahre geprägt haben. Wie die aktuellen Auseinandersetzungen mit der Seelsorge in der Schweiz verdeutlichen, zeigt das heute von den meisten Spitalseelsorgenden vertretene theologische Verständnis viele Parallelen zur liberalen Theologie.

¹³⁸ Althaus, P. (1933): Die deutsche Stunde der Kirche, zitiert in: Albrecht, B. (2012): Evangelische Publizistik und NS-Diktatur 1933 bis 1941. Am Beispiel des Hannoverschen Sonntagsblattes, des Stuttgarter Evangelischen Sonntagsblattes und der Jungen Kirche. Dissertation an der Gemeinsamen Fakultät für Geistes- und Sozialwissenschaften der Universität Hannover, S. 21.

¹³⁹ Ebd., S. 85.

Charakteristika des Spiritualitätsverständnisses am Übergang vom 19. zum 20. Jahrhundert

In dieser Übergangszeit vom 19. ins 20. Jahrhundert geht es wesentlich um religiöse und spirituelle Fragen, wie Gott sich dem Menschen zu erkennen gibt. Kann sich Gott dem Menschen nur innerhalb von Christus und dem christlichen Glauben erschliessen, oder lebt er als «göttlicher Funke» in jedem Menschen? Diese Frage erweist sich für das Verständnis der seelsorglichen Tätigkeit als zentral. So gelangt der Mensch nach liberal-theologischem Verständnis weniger aus dem Wort, sondern vielmehr aus der Vernunft des eigenen Denkens, Erfahrens und Erlebens zur Gotteserkenntnis. Dies führt auf der einen Seite dazu, dass sich die Seelsorge der gesellschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Lebenswirklichkeit des Menschen in einem viel stärkeren Ausmass öffnet. Auf der anderen Seite führt dieser fließende Übergang zwischen Alltagsgespräch und Seelsorge auch zu einer Unschärfe ihres Profils. So stellt sich in der Praxis des klinischen Alltags immer wieder die Frage, was das Profil der Seelsorge im Verhältnis zur Psychologie und zu freiwilligen Laien auszeichnet? Wie weit muss oder soll die Seelsorge gehen, um die immer komplexer werdende Lebenswirklichkeit des modernen Menschen zu verstehen? Inwiefern soll sie an dieser Lebenswelt teilhaben?

Konsequenzen für die Integration von Spiritual Care ins Gesundheitswesen

Anhand dieser Ausführungen zeigt sich, dass die Fragen, die sich bei der Integration von Spiritual Care ins Gesundheitswesen sowie der Integration der Seelsorge ins interprofessionelle Behandlungsteam stellen – ihren Ursprung bereits im 19. Jahrhundert haben. So haben die stetige Zunahme von Wissen und technischen Möglichkeiten zur Folge, dass der Mensch am Lebensanfang und –ende immer mehr Selbstbestimmung und Autonomie einfordert.

3.3.2 Die Kerygmatische Seelsorge (1920-1960)

Das rationalistische Denken und Gottesverständnis der liberalen Theologie wird von der kerygmatischen Seelsorge stark kritisiert. Die im Kontext der Dialektischen Theologie stehende Kerygmatische Seelsorge (1920-1960) wird verstanden als eine Gestalt der Verkündigung, die sich klar von der Seelsorge der liberalen Theologie und dem Kulturprotestantismus des 19. Jh. absetzt. Dabei geht es stärker um den dogmatischen Gehalt als um Fragen der Methodik und Vermittlung. Im Gegensatz zur liberalen Theologie, vertritt die kerygmatische Seelsorge nicht die Dimension der Alltäglichkeit. Dies deshalb, weil Seelsorge der besonderen Berufung bedarf, die nicht zwingend mit der Berufung zum Pfarramt identisch sein muss.¹⁴⁰ Charakteristisch für die verkündigend-tröstende Seelsorge ist es, auf den Trost „extra nos“ zu verweisen. Dabei wird das menschliche Leiden in den Bezugsrahmen der Gemeinschaft mit dem leidenden Christus gestellt.¹⁴¹ Mit diesem Trost ist zugleich ein mahnend-zurechtweisendes

¹⁴⁰ Klessmann, M. (2008): Seelsorge. Begleitung, Begegnung, Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens. Ein Lehrbuch, S. 53ff.

¹⁴¹ Ebd., S. 58.

Element verbunden, indem Leiden als Prüfungs- und Erziehungsmassnahme Gottes verstanden wird, welche unter der Verheissung eines Lohns in der Ewigkeit steht. So gilt es, dem Leiden mit religiösen Ritualen (wie z.B. durch ein Abendmahls- oder Taferinnerungsritual) die göttliche Verheissung entgegenzusetzen. Mit Karl Barth und Emil Brunner gehört Eduard Thurneysen zu den bekanntesten Vertretern der Dialektischen Theologie. Thurneysen bezeichnet die Seelsorge als „Ausrichtung des Wortes Gottes an den Einzelnen“, welche „ein Spezialfall der Predigt darstellt“.¹⁴² Als kirchliche Aufgabe gründet Seelsorge auf der Basis des Wortes Gottes, indem sie „vom Wort her kommt“ und „zum Wort hin führt“. Dabei besteht die Aufgabe der Seelsorge in der Prüfung, wie Wort und Sakrament symbolisch im Leben der Gemeindemitglieder zur Wirkung kommen.¹⁴³ Um Thurneysens Zusammenhang zwischen Krankheit und Sünde einzuordnen, bedarf es an dieser Stelle eines kurzen Exkurses in die theologische Anthropologie Thurneysens.

Die theologische Anthropologie von Thurneysens Seelsorgeverständnis

Gemäss Thurneysens biblischem Verständnis, hat der Mensch einen inneren und äusseren, einen sichtbaren und unsichtbaren Aspekt. Obwohl er den Menschen als „einheitliches Wesen“ betrachtet, stützt er sich dennoch auf Augustins Vorstellung, dass der Mensch als Bürger zweier Welten lebt – der sichtbaren und der unsichtbaren. Dieses Verständnis steht nach Thurneysen nicht in einem Widerspruch zur naturwissenschaftlichen oder philosophischen Anthropologie.¹⁴⁴ Durch das Einblasen des Lebensodems wird der Mensch zum von Gott beseelten Wesen, welches das Leben aus seiner Geschöpflichkeit heraus lebt. Diese Kreatürlichkeit bezieht Thurneysen wiederum auf die Ganzheit der menschlichen Existenz. Dabei stellt sich die Frage, wie sich die Unsterblichkeit der Seele zur Vergänglichkeit des Leibes verhält. Obwohl die Seele als Gottes Lebensodem unsterblich ist, bedeutet das für Thurneysen nicht, dass der Mensch das ewige Leben Gottes in sich trägt. Stattdessen wird die Unsterblichkeit in Beziehung zur Auferstehung des ganzen Menschen nach Leib und Seele gesetzt. Die Erschaffung des Menschen als Ebenbild Gottes ist nicht als Ideal oder Gesetz, sondern als eine diesem Stand entsprechende Haltung zu verstehen, in der das Ich des Menschen als Kreatur dem Göttlichen Du gegenüber steht. Die „Seele“ ist bei Thurneysen der kreatürliche Ort im Menschen, an dem sich das Ansprechen und Verantwortlichwerden des Menschen ereignet. Thurneysen sieht es als das Besondere an der theologischen Anthropologie, dass sie, im Gegensatz zu anderen biologischen oder psychologischen wissenschaftlichen Erkenntnissen, über die Zweiteiligkeit der biologischen und psychologischen Leib-Seele Anthropologie hinausgeht. Dieses Extra der Theologie ist auf die Frage bezogen, ob der Mensch in seinem Leib- und Seelesein unter Gottes Anspruch lebt. Wenn ja, dann wird der Mensch in der Ganzheit seiner Existenz zum geistlichen Menschen. Dabei versteht Thurneysen die Unterscheidung von

¹⁴² Thurneysen, E. (1948): Die Lehre von der Seelsorge, S.9.

¹⁴³ Ebd., S. 40ff.

¹⁴⁴ Ebd., S. 46-47.

Fleisch und Geist als charakteristisch für die theologische Anthropologie. Zugleich ist es für Thurneysen bezeichnend, dass die Natur des Menschen, aufgrund ihrer Grenze der Kreatürlichkeit, von der Natur Gottes „unvermischbar“ geschieden werden muss. So liegt die einzige Synthese zwischen Gott und Mensch in der Menschwerdung Jesu Christi.¹⁴⁵

Auf dieser theologischen Anthropologie baut sich Thurneysens Seelsorgeverständnis auf. Dieses aus seiner Sicht „rechte Wissen“ um den Menschen ist zugleich auch Ausgangspunkt seiner Seelsorgelehre. Diese geht davon aus, dass sich „echte“ Erkenntnis des Menschen nur aus der Heiligen Schrift gewinnen lässt, die wiederum explizit im Glauben erkannt werden kann. Dies führt Thurneysen zum Schluss, dass Seelsorge eine biblische Seelsorge aus dem Glauben sein muss. Daraus folgert er, dass die Sorge um den Menschen aus nichts anderem bestehe, als in der Verkündigung des Wortes Gottes. Nach seinem Verständnis ist das menschliche Ich definiert als Instanz, welche das Wort seines Gottes vernimmt. Das ganze Handeln Gottes am Menschen fasst sich zusammen in der Tat, die Gottes ganze Gnadentat ist: die Vergebung der Sünden. Die Macht der Vergebung besteht nach Thurneysen darin, dass der Mensch mit Leib und Seele unter Gottes Hand zurückgebracht wird. Dabei soll echte Seelsorge nicht eher ruhen, bis sie das Vergebungswort in der Kraft des Geistes und des Gebets in die Tiefe des Menschseins hineingetragen und den Menschen wieder unter die heilsame Macht der Gnade gebracht hat. Charakteristischerweise bezeichnet Thurneysen diese Form der Seelsorge als „Kampfgespräch“, da der Seelsorger zum „Streiter für Gottes Reich und Sache“ unter den Menschen wird.¹⁴⁶

Abgrenzung der Seelsorge von der Psychoanalyse

Thurneysen grenzt sich ab von der psychoanalytisch beeinflussten Sichtweise, die von menschlichen Störungen als Neurosen spricht. Stattdessen habe die Seelsorge in die Psychologie und Pathologie des menschlichen Lebens einzutreten, die zugleich zum „Schauplatz des Kampfes“ mit der Sünde und dem Tod werde. Jedoch soll der Mensch in der Seelsorge nicht direkt mit seiner Sünde konfrontiert werden. Thurneysen betont die grosse Bedeutung des geduldigen Zuhörens im Gespräch, das jedoch „gebunden, eingegrenzt und in einer Richtung vorbestimmt“ ist. Obwohl sich Thurneysen dezidiert von der Psychologie distanziert, zeigt die Vorstellung des aktiven Zuhörens starke Parallelen zur psychoanalytischen oder gesprächstherapeutischen Technik. Diese Parallelen zur Psychologie bestehen in einer zielorientierten Gesprächsausrichtung, in der es um eine Veränderung des Blickwinkels des Seelsorgeempfängers geht. Analog zur Psychotherapie verfolgt auch das seelsorgliche Gespräch das Ziel, die Fragen und Probleme des Gegenübers in einem veränderten Licht erscheinen zu lassen. Diese „Wende“ bezeichnet Thurneysen als „Bruchlinie“ im Gespräch. Thurneysen distanziert sich davon, Menschen durch die „Botschaft zu überfallen“. Dennoch verkündigt Seelsorge, nach seinem

¹⁴⁵ Ebd., S. 53.

¹⁴⁶ Ebd., S. 57.

Verständnis, ein „jenseitiges Wort“, welches durch den Seelsorger *über-setzt* wird. Dieses Wort ist es, welche die „Bruchlinie“ zwischen Diesseits und Jenseits zu überwinden versucht. So gilt für Thurneysen die Psychologie lediglich als „Hilfswissenschaft“ für die Seelsorge, da diese ganz dem „Primat“ der Erkenntnis des Menschen aus der heiligen Schrift unterworfen sein soll. Die Überwindung der „Bruchlinie“ beruht auf der Vergebung und dem Erlösungswerk Christi, an dem der Mensch durch die Sakramente der Taufe und des Abendmahls teilhaftig wird. Dabei wird durch die Kraft des Heiligen Geistes nicht nur die Erlösung und Rettung vollzogen, sondern durch ein „neues Herz“ der ganze Lebensstand verändert. Dies macht deutlich, dass in der kerygmatischen Seelsorge das dualistische Leib-Seelenverständnis durch das dritte Element des Geistes ergänzt wird. Diese Wirkung des Geistes stellt die Seelsorge bei der Integration in den medizinischen Kontext vor grosse Herausforderungen.

Charakteristisch für die kerygmatische Seelsorge ist der Versuch, den einzelnen Menschen wieder in Berührung mit dem Evangelium zu bringen. Die Entwicklung ist geprägt durch das Versagen der liberalen Kirche im zweiten Weltkrieg, die, in ihrem Glauben an das Göttliche, die Bedrohung durch das Naziregime nicht erkannt hat. Deshalb setzt die kerygmatische Seelsorge in ihrer Rückbesinnung auf das Wort einen neuen Akzent, der den Menschen gegenüber seinen Handlungen wieder in die Verantwortung nimmt. An der Auseinandersetzung mit der kerygmatischen Seelsorge wird deutlich, dass das Seelsorgeverständnis wesentlich auch als Reaktion auf die aufkommende Psychoanalyse und Neuroselehre zu verstehen ist. Dabei zeigt sich in der Auseinandersetzung mit den neuen Therapieformen der Versuch, die „Bruchline“ zwischen Diesseits und Jenseits spirituell zu überwinden. Was auf der einen Seite zu einer Schärfung des Seelsorgeprofils führt, kann sich auf der andern Seite dem Vorwurf eines „autoritären Missbrauchs“ nicht entziehen. Der Theologe und Psychoanalytiker Joachim Scharfenberg hält fest, dass *„jede Gesprächsführung autoritär genannt werden müsse, die das Gespräch nur dazu benutzen will, um etwas Vorgegebenes, an der Vergangenheit Orientiertes, Bekanntes und Verfügbares, auszurichten“*.¹⁴⁷

Konsequenzen des kerygmatischen Seelsorgeverständnisses

In Anbetracht unserer komplexen gesellschaftlichen und soziokulturellen Entwicklung wird deutlich, warum dieses Seelsorgeverständnis in der Moderne nicht mehr aufrechterhalten werden konnte. So hat die Überzeugung Thurneysens: *„Die Wurzeln vieler Krankheiten liegen in unvergebener Sünde“*¹⁴⁸, in der Psychiatrie grossen Widerstand ausgelöst. Anhand einer Krankenakten-Studie von Schizophreniepatienten¹⁴⁹ zeigte sich, dass Wahnsymptome bis in die 1970er Jahre oft dem Einfluss dämonischer

¹⁴⁷ Scharfenberg, J. (1980): Seelsorge als Gespräch: zur Theorie und Praxis der seelsorglichen Gesprächsführung. Serie: Handbibliothek für Beratung und Seelsorge 8, S. 12ff.

¹⁴⁸ Thurneysen, E. (1948): Die Lehre von der Seelsorge. 7. Auflage 1994, S. 75.

¹⁴⁹ Gasser, R. & Pfeifer, S. (2007): Religiöser Wahn. Katamnestiche Studie zum religiösen Wahnerleben. Lizentiatsarbeit an der Universität Zürich.

Mächte zugeschrieben wurden. Dies vor allem deshalb, weil ein Zusammenhang hergestellt wurde zwischen den Symptomen von Schizophrenie und den biblischen Erzählungen von Besessenen in den Evangelien. So mussten sich Patienten zum Teil jahrelang verschiedenen Exorzismen und Befreiungsritualen unterziehen. In den 1970er und 1980er Jahren gab es viele Aufklärungskampagnen von medizinischen Fachpersonen gegen das kerygmatische Seelsorgeverständnis. Dies führte schliesslich dazu, dass sich die Spitalseelsorge für die aus den USA kommende Bewegung des Clinical Pastoral Trainings (CPT) zu öffnen begann.

3.3.3 Die Therapeutische Seelsorge

Charakteristisch für die amerikanische Seelsorgebewegung ist die Auseinandersetzung mit den Forschungsgrundlagen der Psychoanalyse sowie der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie nach Carl R. Rogers. Der Einfluss des pragmatischen Empirismus, der Religionspsychologie und der Social-Gospel-Bewegung hat in den USA zu einem Wiedererwachen des poimenischen Engagements der Kirchen geführt.¹⁵⁰ Der therapeutischen Seelsorge liegt eine psychosomatisch-ganzheitliche Anthropologie zugrunde, die zwischen dem psychischen und dem somatischen Aspekt menschlicher Persönlichkeit unterscheidet. Der amerikanische Sprachgebrauch verwendet die Begriffe „cure of souls“¹⁵¹, „pastoral counseling“¹⁵² und „pastoral care“.¹⁵³

Das partnerschaftliche Gespräch in der kirchlichen Lebensberatung

Wie die verschiedenen Definitionen zeigen, liegt der Akzent auf der therapeutischen Form von Seelsorge, die als partnerschaftliches Gespräch und diakonische Handlung verstanden wird. Die therapeutische Seelsorge konfrontiert mit der Fragestellung, wie sich Seelsorge und kirchliches Amt zueinander verhalten. So ging es in der theologischen Forschung wesentlich um die Erforschung von Zusammenhängen von Gemütskrankheiten und religiöser Erfahrung. Die Dynamik der Seelsorgebewegung vollzog sich als religionspsychologische und philosophisch-pragmatische Abwendung vom akademisch-theologischen Lehrbetrieb zur Empirie.¹⁵⁴ Diese Durchmischung von psychologischen und theologischen Konzepten hat in der Anfangszeit der Therapeutischen Seelsorgebewegung zu einer Rollenunsicherheit geführt. Im Zuge der zunehmenden Säkularisierung, schien die kirchliche Lebensberatung den Seelsorger im klinischen Umfeld von seinem Proprium der „Wortverkündigung“ zu entlasten. Somit ging es, im Vergleich mit der kerygmatischen Seelsorge, nicht mehr um ein autoritatives Erteilen von

¹⁵⁰ Stollberg, D. (1969): Therapeutische Seelsorge. Die amerikanische Seelsorgebewegung, S. 10.

¹⁵¹ wörtlich „Seelenheilung“ mit Hinweis auf das therapeutische Seelsorgeverständnis, Ebd. S. 14.

¹⁵² wörtlich „pastorale Beratung“, Seelsorgeberatung, die den Akzent auf das Seelsorgegespräch setzt.

¹⁵³ wörtlich „pastorale Fürsorge“ mit Akzent auf dem diakonischen Aspekt der Seelsorge.

¹⁵⁴ Stollberg, D. (1969): Therapeutische Seelsorge. Die amerikanische Seelsorgebewegung, S. 59.

Ratschlägen, sondern um „liebendes Verstehen“, Hören, gemeinsames Klären, Überprüfen und Miteinander-Tragen. In diesem Sinne bedeutete Seelsorge Krisenhilfe durch Verstehen und Annehmen.

Bezüge zur modernen Pastoralpsychologie

Geschichtlich bildet die Entwicklung des Clinical Pastoral Training eine Einheit mit der Entwicklung der modernen Pastoralpsychologie. In Europa wird der Beginn der zeitgemässen Pastoralpsychologie mit dem Erscheinen der Arbeit von Oskar Pfister angesetzt, der mit Sigmund Freud in einem engen Briefwechsel stand.¹⁵⁵ Die amerikanische Seelsorgebewegung versuchte von Anfang an, die Ergebnisse der tiefenpsychologischen Schulen in die Erfahrungswelt des Pfarrers zu integrieren. Die Pastoralpsychologie unterscheidet sich von der Psychologie dadurch, dass sie auf verschiedene Gebiete der theologischen Dogmatik und Ethik ebenso angewandt wird wie auf die Seelsorge. Wie Stollberger unter Bezugnahme auf Hiltner formuliert, ist Pastoralpsychologie eine „Psychologie vom Standpunkt des Pfarrers“, in welcher empirisch-systematisch der psychische Aspekt der interpersonalen Wirklichkeit verarbeitet wird.¹⁵⁶ Da bei der Anwendung der psychologischen Perspektive jeder Pfarrer seine Individualität mit ins Spiel bringt, entwickelt auch jeder Pfarrer seine individuelle Pastoralpsychologie. Analog zur Psychoanalyse, wird der Selbsterkenntnis des Pfarrers eine grosse Bedeutung zugemessen. Die Wiederbelebung der medizinischen Anthropologie in der Psychosomatik wird auch im poimenischen Verständnis sichtbar. Der zweite Weltkrieg hinterlässt starke Spuren und führt dazu, dass die Christologie wesentlich auf ein Therapeutikum funktionalisiert wird.¹⁵⁷

Im Zuge dieser Entwicklung, verändert sich der Fokus von der Geschichtlichkeit des Heilshandelns Gottes und seiner Offenbarung im Wort, zu einer beratenden Anpassungshilfe. Gemäss diesem beratenden Verständnis wird, nach dem Motto: „Hilfe zur Selbsthilfe“, die Veränderung stärker in die Verantwortung des Menschen gelegt. Dabei gehört es zum wesentlichen Verdienst der Therapeutischen Seelsorge, auf die Notwendigkeit einer Anpassung an die soziokulturellen Veränderungen aufmerksam zu machen. Trotz vieler Gegenstimmen galt es in der Bewegung der therapeutischen Seelsorge als unbestritten, dass die zunehmende Umstrukturierung der Arbeitswelt und die Säkularisierung zu neuen Seelsorgeformen führen mussten. Unter dem Einfluss der psychoanalytischen Schulen wird der Fokus auf die Dialektik von Empirie und Theorie gelegt, welche die Theologie in der Verhältnisbestimmung zur empirischen Phänomenologie vor grosse Herausforderungen gestellt hat. Im Gegensatz zur kerygmatischen Seelsorge verändert sich das anthropologische Menschenbild des Seelsorgeempfängers, weg von der Unmündigkeit zum partnerschaftlichen Gegenüber des Seelsorgers. Das

¹⁵⁵ Freud, S. – Pfister, O. (2014): Briefwechsel, 1909-1939.

¹⁵⁶ D. Stollberg nimmt Bezug auf S. Hiltners *Pastoral Psychology*, der exemplarisch auch theologische Begriffe wie die Sünde vom psychologischen Blickwinkel her untersucht hat.

¹⁵⁷ Oden, T. C. (1973): *Contemporary Theology and Psychotherapy*. Oden spricht in diesem Zusammenhang von einer Funktionalisierung der Christologie, die bei verschiedenen Autoren zu finden ist. Siehe auch Stollberg, S. 379 ff.

Seelsorgeverhältnis wird als einmaliger Kommunikationsvorgang zum Zwecke „partnerschaftlicher Überwindung von Schwierigkeiten“ definiert. Interessant ist nun, dass dieser Wechsel in der Literatur nicht konsequent umgesetzt wird. So werden in der Arbeit von Dietrich Stollberg die Begriffe „Klient“ und „Seelsorge-Partner“ synonym verwendet. Diese Anlehnung an den Begriff der Psychoanalyse macht die Problematik deutlich, dass sich die Seelsorge zwar mit der psychologischen Terminologie auseinandersetzt, jedoch zentrale Grundhaltungen der Psychoanalyse nicht integriert.

Bezüge des Clinical Pastoral Trainings zur Spiritual Care Forschung

Beim Begründer der „Clinical Pastoral Training“ Bewegung in den USA, Anton T. Boison, lassen sich nun einige Parallelen zur Spiritual Care Forschung erkennen. So wird Theologie von Boison als Versuch bestimmt, individuelle oder kollektive Überzeugungen nach dem Sinn, dem Zweck und dem Wesen menschlicher Existenz, sowie die spirituellen Kräfte, die in der Regel „Gott“ genannt werden, wissenschaftlich zu erfassen.¹⁵⁸ Als Ziel seiner Forschung betrachtet Boison die Einsicht in die Gesetzmässigkeiten, nach denen sich das geistig-geistliche Leben des Menschen vollzieht. Dabei wird deutlich, dass Boisons Begrifflichkeiten stark vom Liberalismus geprägt sind, der bis heute die Seelsorgebewegung weitgehend bestimmt. Diese Hinwendung zum Liberalismus ist in den USA wesentlich als Reaktion auf die Aufklärung zu verstehen, die Transzendenz wieder zu integrieren. Auch hier zeigen sich Parallelen zur Spiritual Care Bewegung, die durch die Entpersonalisierung eines ökonomisierten Gesundheitswesens mit beeinflusst ist. In beiden Bewegungen zeigt sich der Versuch, verschiedene Strömungen einzubeziehen. So gilt die amerikanische Seelsorgebewegung als das *„Produkt des theologischen Liberalismus amerikanischer Prägung, der mit der Religionspsychologie und dem pragmatischen Empirismus sowie auch der theologischen Erneuerungsbewegung verbunden ist“*.¹⁵⁹ Zugleich hatte die Kirche in der Gesellschaft eine soziale Funktion, da das kirchlich orientierte Sozialgefüge die Auswanderer in ihrer neuen Heimat getragen hat. Analog zur Spiritual Care, ging es wesentlich auch darum, verschiedene Strömungen und Glaubensformen einer pluralistischen Gesellschaft zu verbinden. Dabei betrachtet die Kirche die „social action“ als eine zentrale Verbindung von Theorie und Praxis. So wird auch die Aufgabe des Pfarrers im Clinical Pastoral Training als Handlung verstanden, die entsprechender Weiterbildung und Übung bedarf. Als Mitglied verschiedenster Gremien und Hilfsorganisationen ist er der „man of social action“.

¹⁵⁸ Boison A.T. (1962): The exploration of the Inner World.

¹⁵⁹ Stollberg, D. (1969): Therapeutische Seelsorge. Die amerikanische Seelsorgebewegung, S. 19.

3.3.4 Die Systemische Seelsorge

Menschen leben nicht nur als beziehungslose Individuen. Vielmehr sind sie in Beziehungen eingebunden und leben ihr Leben unter gesellschaftlichen Bedingungen, die sie zu einem erheblichen Teil nicht selber beeinflussen können. Wie in anderen Feldern der Seelsorge, reagiert die kirchliche Seelsorge auf entsprechende Entwicklungen in der ausserkirchlichen und therapeutischen Arbeit: Vor allem in der Paar- und Familientherapie sind systemische Dimensionen untersucht worden, die sich mit der Wiederherstellung von zerstörten Grenzen zwischen den familiären Subsystemen beschäftigen. Dabei wird der Mensch als Wesen betrachtet, das nur in ständigem Austausch mit seiner Umwelt leben und überleben kann.¹⁶⁰ So versteht systemisches Denken das Verhalten einzelner Menschen als Ausdruck und Folge eines Beziehungssystems. Durch Feedback- und Steuerungsvorgänge sind die einzelnen Individuen, sowie die Dyaden und Triaden einzelner Familienmitglieder, als Subsysteme mit dem ganzen Familiensystem verbunden. Ein System besteht „aus einer Menge von Elementen und einer Menge von Relationen, die über diese Elementenmenge definiert sind“.¹⁶¹

Kommunikationsprozesse in Systemen aus dem Blickwinkel christlicher Lebensdeutung

Neben den Inhalten ist es der emotionale und kommunikative Prozess in einem System, der aufmerksam beachtet werden muss, da er die Gesprächsinhalte wesentlich mitbestimmt. Probleme werden deshalb nicht nur lebensgeschichtlich innerhalb der Person, sondern interpersonal zwischen der Person und ihrem sozialen und familiären System betrachtet. Wie Klessmann deutlich macht, kann und muss individuelles Leiden in seiner systemischen und gesellschaftlichen Verflochtenheit wahrgenommen werden. „Systemische Praxis orientiert sich nicht mehr nur an der Leitdifferenz von ‚gesund-krank‘, sondern es geht ihr um die Lösung von Lebensproblemen, die zu erheblichen Teilen durch bestimmte soziale und materielle Kontexte mitbedingt sind: Armut, soziale Ausgrenzung, prekäre Arbeitsverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Demontage sozialer Sicherung einschliesslich der Gesundheitsversorgung, destruktive Familienstrukturen, Lernschwierigkeiten und –hindernisse etc. Seelsorge, die sich an systemischer Praxis orientiert, macht solche sozialen Konflikte und ihre Auswirkungen auf das Leben der Menschen zum Gegenstand ihrer Wahrnehmung und ihres Handelns“.¹⁶² Daher ist es für die systemische Seelsorge bedeutsam, dass sie mit Blick auf die systemischen Kräfte geschieht, die in einem Familiensystem wirken. Christoph Schneider Harpprecht schlägt als Definition von systemischer Seelsorge folgende Formulierung vor: „Im Zusammenhang eines systemischen Seelsorgekonzepts ist Seelsorge kulturell sensible, christliche Hilfe zur Lebensgestaltung von Individuen und Gruppen im Kontext des Ökosystems durch die christliche Gemeinde für ihre Mitglieder und die Aussenstehenden, die sie suchen.

¹⁶⁰ Gutmann, H.-M. (2010): Differenz-Sensibilität und Differenz-Blindheit. Zwei Aufgaben der interkulturellen und interreligiösen Seelsorge. In: Weiss, H., Federschmidt, K. & Temme, K. (Hg.) Handbuch interreligiöse Seelsorge, S. 118-119.

¹⁶¹ Kriz, J. (1989): Grundkonzepte der Psychotherapie. Eine Einführung. 2. durchgesehene Auflage, S. 231.

¹⁶² Klessmann, M. (2008): Seelsorge. Begleitung, Begegnung, Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens. Ein Lehrbuch, S. 100.

*Aufgrund der Voraussetzung des christlichen Glaubens zielt sie auf die Befähigung von Menschen und Gruppen zu selbst organisiertem Verhalten im Alltag und in Konflikt- oder Krisensituationen, in dem diese ihre Möglichkeiten, als geliebte Geschöpfe Gottes zu handeln, wahrnehmen. Ihre soziale Basis ist die menschliche Kommunikation, ihr Spezifikum die Einladung zum glaubenden Verstehen und zur Veränderung von Situationen und Konflikten des Lebens im Dialog mit der jüdisch-christlichen Überlieferung“.*¹⁶³

Rollenunterschiede in der Interaktion mit Systemen und ihre Bedeutung für Spiritual Care

Wie die Definition zeigt, stellen sich in Bezug auf eine interkulturelle und in Westeuropa zunehmend säkularisierte Gesellschaft verschiedene Herausforderungen. Da immer weniger jüngere Menschen religiös sozialisiert sind, fehlt ihnen der Kontext, um Konflikt- und Krisensituationen aus der Perspektive christlicher Lebenserfahrung zu deuten. Es gehört zum Credo der Seelsorge, dass aus seelsorglicher Sicht die „*Parteilichkeit mit der Sicht des/der Ratsuchenden auf seine/ihre Konflikte zu wahren sei*“.¹⁶⁴ Hier zeigen sich Unterschiede zwischen Psychologie und Seelsorge, die beide nach systemischen Ansätzen arbeiten. Im Gegensatz zur systemischen Seelsorge propagiert die systemische Psychotherapie eine sogenannt «neutrale» oder «abstinente» Haltung. Diese versucht auf das Phänomen zu reagieren, dass Systeme über zum grössten Teil unbewusste Strategien verfügen, um Therapeuten/Begleiter zur Stabilisierung des Systems auf eine Seite zu ziehen. Interagieren diese mit dem System, können sie nicht mehr in lösungsorientierter Weise für dieses tätig sein. Dies macht deutlich, dass Psychologie und Seelsorge in ihrer Tätigkeit eine andere Berufsrolle haben, was auch bei der Umsetzung der interprofessionellen Spiritual Care berücksichtigt werden sollte. Hier verfolgen die verschiedenen Berufsgruppen das gemeinsame Ziel der Sorge um den kranken Menschen. Jedoch haben sie verschiedene Aufgaben und Rollen. Dabei geht es bei der Implementierung von Spiritual Care in Institutionen darum, diese verschiedenen Rollen auszugestalten und zu schärfen, um im Miteinander und in der gegenseitigen Ergänzung dem kranken Menschen eine ganzheitliche und umfassende Sorge zukommen zu lassen.

3.3.5 Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Wie bereits zu Beginn dieses dritten Kapitels erwähnt worden ist, stellt die digitale Revolution nicht nur für die Seelsorge, sondern auch für die Zusammenarbeit der verschiedenen Fachpersonen eine Herausforderung dar. Der stetige Wandel des Gesundheitswesens wird durch die Ökonomisierung begünstigt und fordert die verschiedenen Berufsgruppen radikal dazu auf, ihr Berufsverständnis neu zu

¹⁶³ Schneider-Harpprecht, Ch. (2002): Was ist interkulturelle Seelsorge? Eine praktisch-theologische Annäherung. In: Federsmidt, K. u.a. (Hg.), Handbuch interkulturelle Seelsorge, S. 47.

¹⁶⁴ Gutmann, H.-M. (2010): Differenz-Sensibilität und Differenz-Blindheit. Zwei Aufgaben der interkulturellen und interreligiösen Seelsorge. In: Weiss, H., Federsmidt, K. & Temme, K. (Hrsg.) Handbuch interreligiöse Seelsorge, S.121.

definieren. Elektronische Standardisierungsprozesse verdichten und beschleunigen den Arbeitsprozess und führen zu einer stärkeren Fokussierung auf Prozessabläufe. Immer mehr medizinische Fachpersonen leiden unter einer zunehmenden Sinnentleerung ihres Tuns. Auf der Grundlage dieser Entwicklungen im Gesundheitswesen hat sich Spiritual Care als ein spezielles Setting im medizinischen Care-Bereich begründet, welches medizinischen Fachpersonen in der gemeinsamen Sorge um den kranken Menschen eine Plattform für die Auseinandersetzung mit Sinnfragen bietet. Wie Gärtner zeigt, löst diese Entwicklung bei der Klinikseelsorge unterschiedliche Reaktionen aus. Während Vertreter wie Traugott Roser für eine Integration der Seelsorge als Spiritual Care in das Gesundheitswesen befürworten, befürchten andere eine Instrumentalisierung durch die säkularen Institutionen und plädieren deshalb für die Eigenständigkeit gegenüber dem Krankenhaus.¹⁶⁵

Statt der Alternative von Integration oder Konkurrenz stellt Gärtner eine Mittelposition zur Diskussion, welche die Stärken der verschiedenen Formen spiritueller Begleitung im Krankenhaus im Bewusstsein des Eigenen und Differenten miteinander verbindet. Eine solche Stärkung des Eigenen und Differenten ist auch für die Zusammenarbeit des interprofessionellen Behandlungsteams von grosser Bedeutung. Neben ihrer gemeinsamen Sorge um den kranken Menschen haben z.B. Psychologie und Seelsorge unterschiedliche Rollen, wenn es darum geht, die Verbundenheit als wichtigen Aspekt von Spiritualität zu stärken. So ist die Psychologie in ihrer Tätigkeit wesentlich auf die Initiierung von Veränderungen in den Bereichen Wahrnehmung, Einstellung, Umgang mit Gefühlen und Verhalten fokussiert, um in Konfliktsituationen soziale Beziehungen zu stärken und Anpassungsprozesse zu unterstützen. Da für uns Menschen Veränderungen oft mit Ängsten und Widerstand verbunden sind, erfordert dies eine Vielfalt an psychologischen Methoden, um Menschen situationsangepasst in diesen Veränderungsprozessen zu begleiten.

Wie bereits erwähnt, braucht es dazu in der Beziehung eine „abstinente“ Haltung, um nicht ins System verwickelt zu werden und zu einer Konfliktlösung beizutragen. Jedoch kommt die Psychologie dort an ihre Grenzen, wo der Mensch (wie z.B. in der Palliative Care) mit dem unaufhaltbaren Sterben oder schweren Schicksalsschlägen konfrontiert ist. Hier verfügt die Seelsorge über die entsprechende Kompetenz und Erfahrung, um Menschen mit dem in Berührung zu bringen, was ausserhalb des menschlichen Vorstellungshorizontes liegt. Als Begleiterin auf Augenhöhe des Leidenden unterstützt sie die Verbundenheit zu einem grösseren Ganzen und die Hoffnung, ausserhalb unserer menschlichen Vergänglichkeit aufgehoben zu sein. Seelsorge entfaltet ihre Bedeutung dort in ihrer Tragweite, wo der Mensch an die Grenzen seiner Autonomie und Handlungsfähigkeit kommt. Die stellvertretende Hoffnung von Seelsorgenden für den Leidenden bekommt dort ein Gewicht, wo Menschen ihrem Schicksal

¹⁶⁵ siehe Gärtner, St.. (2016): Krankenhausseelsorge vor der Herausforderung Spiritual Care. Praktische Theologie Jg. 51, Heft 1 S. 51-52.

hilflos ausgeliefert sind. Seelsorgende begleiten Menschen in diesem Ringen, sich vertrauensvoll dem Fluss des Geschehens zu überlassen. Wie das folgende Kapitel verdeutlicht, sind Spiritual Care und Seelsorge vor allem auch durch die Migrationsbewegung mit einer Vielzahl von Spiritualitätsformen und Weltanschauungen konfrontiert.

4. Seelsorgliche Begleitung im Kontext des religiösen Pluralismus

In diesem Kapitel geht es darum, Seelsorge- und Beratungskonzepte aus verschiedenen Weltreligionen vorzustellen und im Hinblick auf die Ausgestaltung von Spiritual Care zu analysieren. In der Schweiz gibt es zahlreiche Initiativen und Organisationen, die sich für einen fruchtbaren Austausch zwischen den religiösen Gemeinschaften engagieren. Durch Informationen über religiöse Weltbilder und Rituale soll der interreligiöse Dialog helfen, bestehende Vorurteile oder Ängste abzubauen und zu Stabilität und Frieden in unserem Land beizutragen. Dabei sind sich die verschiedenen Diskussionspartner einig, dass der interreligiöse Dialog ein wichtiger Faktor ist, der über das Gelingen oder Misslingen der Integration von Zuwanderern entscheidet.

4.1 Die Interreligiöse Seelsorge

Aktuell fordern die Migrationsbewegung und der religiöse Pluralismus die Seelsorge zu einem pluralistischen Seelsorgeverständnis auf. So soll die Seelsorge einerseits offen sein für andere Religionen, andererseits aber auch den Anschluss an neue Therapie- und Beratungsformen schaffen. Dabei hat auch die Auseinandersetzung mit Säkularisierungsprozessen eine wichtige Bedeutung. Wie der Schriftsteller und Orientalist Kermani beobachtet, ist der fast völlige Verlust religiöser Traditionen nicht nur an das Christentum gebunden, sondern markiert vielmehr eine Demarkationslinie an den geographischen Grenzen Westeuropas. *„Die Säkularisierung, wie wir sie kennen und die weit über die Trennung von Staat und Religion hinausgeht und tatsächlich den umfassenden Bedeutungsverlust der organisierten Religionen zur Folge hat, ist eine singuläre Erscheinung Europas“*.¹⁶⁶ Kermani konstatiert für diesen westeuropäischen Kulturkreis eine „posttraditionale“ Gesellschaft, welche Traditionen und ihre Vertreter in Frage stellt. Dies führt dazu, dass traditionelle Vollzüge und Setzungen sinnentleert wurden und dass selbst Bereiche des sozialen Lebens (wie z.B. die Geschlechterrollen), die lange Zeit gegen Modernisierungsprozesse abgeschirmt wurden, von den Enttraditionalisierungsprozessen erfasst sind. Diesen Prozess nennt Kermani „Traditionsverlust“. Im Zuge von Modernisierung und Globalisierung sind alle Weltreligionen tief greifenden Transformationsprozessen ausgesetzt, für deren Umsetzung keine „allgemeingültigen“ Regeln vorausgesetzt werden können. Ein kritischer Umgang mit der Bibel, ein fundiertes Rechtssystem und die Wissenschaft haben den Menschen aus seiner Abhängigkeit von religiösen Autoritäten herausgeführt. Dabei ist der westeuropäische Traditionsverlust von Religion mitsamt der damit verbundenen Autoritätskritik zuallererst als Aufklärung zu verstehen, als Akt der Befreiung und Mündigkeit zur Selbstbestimmung.¹⁶⁷ Bei allen Versuchen der Religionen, sich im Kulturkampf zu widersetzen, wurde es immer selbstverständlicher, die religiösen Autoritäten zu

¹⁶⁶ Kermani, N. (2009): Wer ist Wir? Deutschland und seine Muslime, S. 22ff.

¹⁶⁷ Hutter, Ch. (2010): Religionen in post-traditionellen Zeiten. In: Weiss, H., Federschmidt, K. & Temme, K. (Hrsg.) Handbuch interreligiöse Seelsorge, S. 57.

relativieren und religiöse Inhalte in Äquivalente wie wissenschaftliche oder juristische Theorien und Normen zu übersetzen.¹⁶⁸

Bereits vor 20 Jahren hat Jürgen Habermas darauf hingewiesen, dass Begriffe wie „Moralität und Sittlichkeit, Person und Individualität, Freiheit und Emanzipation“ untrennbar mit dem „heilsgeschichtlichen Denken jüdisch-christlicher Tradition verbunden sind.“¹⁶⁹ Die Bedeutung dieser Begriffe müssen von jeder Generation neu erschlossen, belebt und an ihre Nachkommen weitertradiert werden. Tragfähige gesellschaftliche Solidarität zerfällt, wo sie vollständig unter den Druck wirtschaftlicher, medialer und juristischer Überlegungen gerät. Obwohl Habermas ein grosser Fürsprecher der säkularen Gesellschaft ist, sorgt er sich um eine säkularisierte Gesellschaft, welche die traditionellen Gehalte auslöscht, statt sie zu übersetzen und in einer neuen Sprache im Gespräch zu halten. So hinterlassen Begriffe wie Sünde, Memoria oder Resurrektion eine schmerzliche Leere und Sprachlosigkeit, wenn mit ihnen auch die Auseinandersetzung mit Tod, Schuld, Wiedergutmachung und Vergebung verabschiedet wird.¹⁷⁰ Das postmoderne Ich erträgt die Unterordnung unter die alten Traditionen nicht mehr. Gleichzeitig ist es aber auch mit der Gestaltung seiner Freiräume überfordert. Ein in allen Religionen vorkommender spürbarer Trend ist die Retraditionalisierung, mit dem immer mehr Menschen versuchen, diese Verunsicherung durch Flucht zu den traditionellen Autoritäten wieder in den Griff zu bekommen. Problematisch ist dabei, dass die Retraditionalisierung über jede Traditionskritik hinweggeht und oftmals gerade das übernimmt, was aus guten Gründen im Prozess der Aufklärung angefochten oder gar verworfen wurde.¹⁷¹ Ein solches Geschehen lässt sich in den verschiedenen Religionen als Radikalismus und Fundamentalismus beobachten.

Bedeutsame Prozesse für die interreligiöse Seelsorge

In der interreligiösen Seelsorge sind daher zwei Prozesse bedeutsam. Erstens geht es um die Rückbesinnung auf die Sprachkompetenz der Religionen, die sich in den Erzählungen vom Geschick beispielhafter Menschen und Völker bündelt. Menschliche Lebenspraxis ist auf solche Beispiele in der eigenen Religion angewiesen, die den Handlungs- und Gestaltungsspielraum sowie daraus entstehende Fragen und Verpflichtungen aufzeigen. Traditionen können dadurch zur Geltung gebracht werden, dass Erzählungen in unserer heutigen Zeit auf gelingendes Leben und Zusammenleben aufmerksam machen. Dieses Wissen, das von den Religionen über Jahrtausende hinweg tradiert wurde, gilt es als „best examples“ aufrecht zu erhalten. Dabei ist es wesentlich, sich gegenüber zentralen Impulsen für die heutige Lebensgestaltung lernbereit zu verhalten, um an diesen Vorbildern exemplarisch gelingendes Leben

¹⁶⁸ Ebd., S. 60.

¹⁶⁹ Habermas, J. (2001): Glauben und Wissen, S. 23.

¹⁷⁰ Habermas, J. zitiert in: Hutter, Ch. (2010): Religionen in post-traditionellen Zeiten. In: Weiss, H., Federschmidt, K. & Temme, K. (Hrsg.) Handbuch interreligiöse Seelsorge, S. 62.

¹⁷¹ Ebd., S. 63.

zu entwickeln.¹⁷² Habermas hält im Gespräch mit dem ehemaligen Papst Joseph Ratzinger fest, dass eine Demokratie, die mehr sein will als ein bloßer Modus Vivendi, durchaus auf Motive und Tugenden angewiesen sei, die aus vorpolitischen Quellen, religiösen Lebensentwürfen und substanziellen Überzeugungen stammen.¹⁷³ Dabei sollen die Religionen mit ihrem Reichtum an Lebensgeschichten keineswegs zaghaft umgehen. Konkret kann dies bedeuten, in Seelsorgegesprächen religiöse Geschichten zur Verfügung zu stellen, um an ihrem Vorbild exemplarisch gelingendes Leben zu entwickeln.

Zweitens geht es in der interprofessionellen Seelsorge darum, das Gespräch mit einer säkularisierten Welt zu suchen. Nach Habermas beinhaltet dies, Verständnis, Mittel und Wege zu ermitteln, die religiösen Botschaften in eine Sprache und eine Form zu bringen, die von der heutigen Generation verstanden werden. Dabei ist eine gelingende Kommunikationsform auf eine verständliche Sprache ebenso angewiesen wie auf Erfahrungsunterschiede zwischen den Generationen. Das Zusammenleben von Menschen, die zu verschiedenen religiösen Gemeinschaften und Organisationen gehören, prägt Gesellschaften weltweit. Daher kann es als gesellschaftliche Aufgaben gesehen werden, sich mit Konkurrenz und Auseinandersetzungen um die „Wahrheit des Seins“ auseinanderzusetzen.¹⁷⁴ Dazu leistet der „interreligiöse Dialog“ einen wichtigen Beitrag. Wer in einen interreligiösen Kontakt eintreten will, muss seine eigene religiöse Position erkennen, welche die Verständigung beeinflusst. Gleichzeitig ist die Offenheit für andere Positionierungen und andere religiöse Verständnisse grundlegend. Eine gemeinsame Suchbewegung entsteht dann, wenn die Positionierung offen ist für neue Wahrheiten.

Betrachtungsperspektiven interreligiöser Seelsorge

Interreligiöse Seelsorge interessiert sich dafür, wie in anderen Kulturen und Religionen Hilfe für Menschen dargeboten wird. Interreligiosität wird in unserer modernen Gesellschaft zugleich auch darin sichtbar, dass sich immer mehr Menschen religiöse Elemente aus unterschiedlichen, oft auch scheinbar inkompatiblen Religionen und Philosophien zu Eigen machen und in sich selbst „multireligiös“ werden. Im interreligiösen Dialog haben sich drei Betrachtungsweisen der Verhältnisse der Religionen zueinander herausgebildet: eine *exklusivistische* (Erkenntnis und Offenbarung gibt es nur in der eigenen Religion) *inklusive* (Erkenntnis und Offenbarung gibt es auch in anderen Religionen, wobei eine Religion die anderen überbietet) und *pluralistische* Betrachtungsweise (alle Religionen sind in Bezug auf Erkenntnis und Offenbarung gleichwertig).¹⁷⁵ So werden im Dialog der Religionen Gewissheiten ins Gespräch gebracht, die in der Regel unterschiedlich verstanden werden, und die nur in gegenseitigem

¹⁷²Hutter, Ch. (2010): Religionen in post-traditionellen Zeiten. In: Weiss, H., Federschmidt, K. & Temme, K. (Hrsg.) Handbuch interreligiöse Seelsorge, S. 68.

¹⁷³ Habermas, J. (2005): Vorpolitische Grundlagen des demokratischen Rechtsstaates? in: J. Habermas & J. Ratzinger (Hrsg.), Dialektik der Säkularisierung. Über Vernunft und Religion, S. 15-37.

¹⁷⁴ Weiss, H. (2010): Grundlagen interreligiöser Seelsorge. In: Weiss, H., Federschmidt, K. & Temme, K. (Hrsg.) Handbuch interreligiöse Seelsorge, S. 73-96.

¹⁷⁵ Hutter, Ch. (2010) bezieht sich an dieser Stelle auf die Einteilung religionstheologischer Standpunkte nach Perry Schmidt-Leukel. In: Dehn, U. (Hrsg.) Handbuch der Religionen. Christliche Quellen zur Religionstheologie und zum interreligiösen Dialog, S. 354.

Respekt und Achtung gedeutet werden können. Mit diesen Gewissheiten im interreligiösen Dialog sind zugleich auch Geltungsansprüche, Deutungshoheiten und Machtpositionen verbunden, die es auch zu hinterfragen gilt. Wenn unter dem Stichwort interreligiöser Dialog Kommunikationsformen reflektiert werden, so geht es im interreligiösen Lernen darum, eine eigene religiöse Identität zu entwickeln, andere Religionen inhaltlich zu kennen und die Verständigung mit Menschen anderer Religionen zu suchen.

Integration von interreligiöser Seelsorge ins Gesundheitswesen

Konkret stellt sich nun die Frage, wie eine pluralistische Seelsorge entwickelt und für die medizinisch-therapeutische Begleitung anschlussfähig gemacht werden kann. Können Begrifflichkeiten und Sprachformen vom Christentum in der Seelsorgeausbildung auf Begleitungsangebote anderer Religionen übertragen werden? Oder geht es in den einzelnen Religionen darum, ein Sprachverständnis aus der eigenen religiösen Tradition zu entwickeln? Wie die Grundlagen interreligiöser Seelsorge festhalten, kann interreligiöse Seelsorge nicht festlegen, was „Seelsorge“ ist. Vielmehr soll ein breites Verständnis religiösen Helfens angestrebt werden. In diesem Sinne sind wir in unserer wissenschaftlichen Tätigkeit auf die Zusammenarbeit mit Islamwissenschaftlern, Muslimen oder Vertretern aus anderen Religionen angewiesen. Zugleich bringt Spiritual Care auch die Medizin und Seelsorge in einen bedeutsamen Dialog: Während sich die Institutionen des Gesundheitswesens an klar messbaren Leistungen und ihren Resultaten orientieren, entzieht sich die seelsorgliche Begegnung einer vollumfänglichen Beurteilung ihrer Wirkung.

4.2 Aktuelle Auseinandersetzungen zwischen der christlichen Seelsorge und dem Islam

Verschiedene Vorereignisse waren ausschlaggebend dafür, den deutschen Austausch zwischen Imamen und Pfarrpersonen in der Begleitung von Menschen in kritischen Lebenssituationen zu fördern. So wurde dieser Dialog in Deutschland nicht nur von der Bundeszentrale für politische Bildung initiiert, sondern auch durch muslimische Todesopfer in Gang gesetzt, die bei den tragischen Begebenheiten eines Zugunglücks und eines Grossbrandes ums Leben gekommen waren. Wie Georg Wenz zeigt, markierte im Juni 2010 die Tagung „Wenn die Seele Leid erfährt“ in der Evangelischen Akademie der Pfalz den Abschluss einer zweieinhalb jährigen Ausbildung von islamischen Seelsorgerinnen und Seelsorgern.¹⁷⁶ Dadurch war der Diskurs zum Gesundheitswesen, zu den Kirchen und anderen Betreuungsdiensten und Kriseninterventionsträgern, eröffnet. Insbesondere in der islamischen Notfallversorgung sind engagierte Programme angelaufen, die zusätzlich zur Kirche auch die Polizei, die Feuerwehr und Rettungsdienste einbezogen haben. In der Krankenhausseelsorge wurden Gespräche mit Kliniken über den Status und die Stellung eines islamischen Betreuungsdienstes geführt, in denen vereinzelt

¹⁷⁶ Wenz, G. & Kamran, T. (2012): Seelsorge und Islam in Deutschland. Herausforderungen, Entwicklungen und Chancen, S. 7.

Muslimen tätig sind. Als wesentliches Proprium gehört es zur christlichen Seelsorge, sich an den Bedürfnissen und seelischen Belangen des Gegenübers zu orientieren, um Menschen Wege des Heilwerdens der Person, ihrer Beziehungen zu Mitmenschen und zu Gott zu eröffnen. Da dies nach islamischer Sicht letztlich nicht ohne Bezugnahme auf Gott oder den Glauben an seine Gegenwart möglich ist, gehören die religiöse Ausdrucks- und Handlungsfähigkeit elementar zur Person eines Seelsorgers oder einer Seelsorgerin. Jedoch obliegt es ihrer Gesprächseinschätzung, ob und an welcher Stelle religiöse Betrachtungsweisen und theologische Fragestellungen thematisiert und vertieft werden. Obwohl von islamischen TeilnehmerInnen die aktive Hinführung zu einem künftigen gläubigen Lebenswandel mehrheitlich nicht als vornehmliche Zielsetzung begriffen wurde,¹⁷⁷ wird dennoch darauf vertraut, dass der Einbezug der ganzen Person in die Seelsorge auch Auswirkungen auf das religiöse Selbstverständnis zeitigt. Im „Mannheimer Modell“ wird den klassischen islamischen Ansätzen der Sorge um die rechtgläubige Beziehung zu Gott ein psychosozialer Aspekt zur Seite gestellt, welche die Durchführung der im Islam vorgeschriebenen individuellen wie kollektiven rituellen Handlungen erweitert.

Grundlagen seelsorglicher Arbeit nach islamischem Verständnis

Wie Seyyar zeigt, basiert die seelsorgliche Arbeit nach islamischer Auffassung auf den Grundlagen der göttlichen Offenbarung und einer auf dem menschlichen Verstand gründenden Wissenschaft.¹⁷⁸ Dabei werden die Ziele und Aufgaben der Seelsorge durch die Religion bestimmt, wobei die Wissenschaft nach „legalen“ Methoden zur Erreichung dieser Ziele suchen soll. Wegen ihrer Abhängigkeit von Glaubensannahmen handelt es sich bei der Seelsorge nicht um eine „wissenschaftliche“ Disziplin im eigentlichen Sinne, da es in der Wissenschaft als wichtiges Kriterium gilt, dass sie in der Wahl der Forschungsziele und –methoden unabhängig zu bleiben hat. Nach islamischem Verständnis kann eine von Religion unabhängige Wissenschaft nicht im Stande sein, die spirituelle Wahrheit und den Sinn des Lebens offenkundig zu machen.¹⁷⁹ Dieser Vorstellung ist aus christlicher Perspektive entgegenzuhalten, dass die Ergebnisse in der geisteswissenschaftlichen Forschung keine „Beweise“ oder Nachweise erbringen können. Vielmehr stützen sich ihre Aussagen auf Wahrscheinlichkeiten, wie stark verschiedene Faktoren miteinander korrelieren. So handelt es bei einer statistisch signifikanten Aussage nicht um einen „Beweis“, sondern um die Wahrscheinlichkeit, dass der beobachtete Effekt nicht durch Zufall entstanden ist. Daher kann Wissenschaft, entgegen entsprechenden Behauptungen in der islamischen Literatur, weder zur „Objektivierung“ noch zur „Verinnerlichung“ entsprechender „Glaubensbeweise“ benutzt werden.

¹⁷⁷ Ebd., S. 9.

¹⁷⁸ Seyyar, A. (2012): Seelsorge in islamischer Tradition. In: Wenz, G. & Kamran, T. (Hrsg.) Seelsorge und Islam in Deutschland. Herausforderungen, Entwicklungen und Chancen, S. 35.

¹⁷⁹ Ebd.

Unterschiede zwischen der christlichen und islamischen Sorgeskultur

Als erster Unterschied erweist sich der Bezug zwischen kirchlicher Lehre und religiöser Lehre, indem die wissenschaftliche Theologie in der Schweiz eine Unabhängigkeit gegenüber der kirchlichen Lehre beansprucht.

Ein zweiter Unterschied zeigt sich im Seelenverständnis. So bildet nach islamischem Verständnis die Seele mit dem Körper und dem Geist keine Einheit, sondern kann auch unabhängig vom menschlichen Körper existieren. Mit der embryonalen Entwicklung wird die Seele zu einem vorübergehenden Bestandteil des Körpers, bis sie ihn mit dem Tode wieder verlässt. Im Islam genießt der Mensch deshalb eine spirituelle Hochachtung, weil sich in ihm eine Seele mit göttlichen Eigenschaften befindet, die nach ihrer Erschaffung ewige Existenz genießt. Wenn Menschen die göttlichen Richtlinien einhalten und sich Gott unterwerfen, so sind sie in der Lage, das Göttliche in sich zu finden oder wiederzuentdecken. Seyyar verweist auf folgende Stelle im Koran:

*„Ich habe Dschins (Geister) und die Menschen nur deshalb erschaffen, damit sie mich erkennen und somit mich anbeten (mir dienen)“.*¹⁸⁰

Schuld- und Sühneverständnis aus christlicher und islamischer Sicht

Parallel zum Christentum kennt auch der Islam eine satanische Macht. Der reinen Seele steht das tyrannische Ego gegenüber, das im selben Körper des Menschen erschaffen ist. Das Ego charakterisiert einen animalischen Geist, der durch satanische Einflüsse das Böse repräsentiert und den Menschen zu Sünden verleitet. Seyyar verweist auf die „spirituelle Gefahr“ des satanischen Egos, auf welches der Koran an folgender Stelle verweist:

*„Ohne Zweifel, das satanische Ego befiehlt das Böse, die Schlechtigkeit“.*¹⁸¹

Im islamischen Erklärungsversuch des Bösen wird der unter Satans Einfluss stehende Geist (*Nefis*) als das tyrannische Ego bezeichnet.¹⁸² So gehört es zur islamischen Weisheit, dass der Mensch nicht auf sein Ego vertrauen, sondern mit ihm im Kampf und mit dem spirituellen Herzen im Frieden sein soll. In Bezug auf die Seelsorge gibt es daher im Islam zwei Grundprinzipien: 1. Eine gesunde Lebensführung umfasst: präventive Massnahmen zur Erhaltung der körperlichen und seelischen Gesundheit, Verzicht auf Alkoholenuss, das Fasten im Monat Ramazan, sportliche Betätigung sowie ein massvolles Handeln. 2. Im Falle einer Erkrankung propagiert der Islam die Inanspruchnahme medizinischer und seelischer Therapien. Jedoch werden Krankheiten auch in metaphysischer Perspektive als Anlass

¹⁸⁰ Zariya 52:56, zitiert in: Seyyar, A. (2012): Seelsorge in islamischer Tradition. In: Wenz, G. & Kamran, T. (Hrsg.) Seelsorge und Islam in Deutschland. Herausforderungen, Entwicklungen und Chancen, S. 37.

¹⁸¹ Yusuf 12:52, zitiert in: Seyyar, A. (2012), S. 37.

¹⁸² Ebd.

betrachtet, seine Sünden zu minimieren oder eliminieren und seinen geistigen Status im Angesicht Gottes zu erhöhen. In seiner Begründung lehnt sich der Koran eng an das Buch Hiob. Diese Stufen seelischer Entwicklung erfolgen durch Reue, Unterwerfung und Geduld. In der Folge gewinnt die Tugend der „Geduld“ im Islam eine zentrale Bedeutung hinsichtlich der Annahme von Krankheit und Verlust. Ausdrucksformen emotionalen Schmerzes (wie der Klage) werden durch geduldige Annahme des Leidens kanalisiert und als „Prüfung“ in den Gesamtzusammenhang der Rechtgläubigkeit und des ewigen Lebens eingeordnet.¹⁸³ Dabei kommt der Beachtung ritueller Vorschriften eine besondere Bedeutung zu.

Bedeutung von Ritualen für die islamischen Sorgekonzepte

In Bezug auf die Gott-Mensch-Beziehung bringen die ritualisierten Bewegungsabläufe die Harmonie der körperlichen und geistigen Erfüllung des gottgemässen Weges mit „Leib“ und „Seele“ zum Ausdruck. Seyyar beschreibt in der islamischen Seelsorge folgende fünf Konzepte:

Seelsorge als Liebe zu allen Lebewesen

Um die Nähe oder Einheit mit Gott zu erreichen, ist neben der Unterwerfung unter Allah auch die Liebe zu allen erschaffenen Wesen notwendig.

Seelsorge als geistige und ethische Führung

Der Islam sieht sich verpflichtet, allen Menschen auf der Erde den rechten Weg aufzuzeigen. Dabei wird es als Ziel der geistigen Aufklärung im Sinne der islamischen Seelsorge bezeichnet, den Menschen eine Haltung anzubieten, die den göttlichen Erwartungen, wie sie in Koran und Sunna erwähnt sind, entspricht.¹⁸⁴ Islamische Seelsorge führt sowohl den Seelsorger als auch die betreute Person in die göttliche Ordnung der Rechtgläubigkeit ein und weist ihnen dort ihren spezifischen Platz zu. Seelsorgliches Handeln ist damit selbst Teil gottergebenen Lebens und wirkt sich auf das eigene Seelenheil aus.¹⁸⁵ Daraus folgt, dass jeder Gläubige, unabhängig von seinem Amt oder Rang, ein geistiger Aufklärer bzw. Seelsorger ist. Da die Seele in der Obhut Gottes liegt, ist der eigentliche Wegweiser nur Gott allein. Dies wird mit folgender Textstelle im Koran begründet:

„Nur diejenigen finden den rechten Weg, deren Wegweiser Allah ist, und diejenigen die Allah vom rechten Weg entfernt, finden keinen (seelsorgerischen) Freund, der Ihnen den rechten Weg zeigt“.¹⁸⁶

¹⁸³ Wenz, G. (2012): Seelsorge und Islam in Deutschland. Eine Bestandesaufnahme. In: Wenz, G. & Kamran, T. (Hrsg.) Seelsorge und Islam in Deutschland. Herausforderungen, Entwicklungen und Chancen, S. 50.

¹⁸⁴ Seyyar, A. (2012): Seelsorge in islamischer Tradition, S. 42.

¹⁸⁵ Wenz, G. (2012): Seelsorge und Islam in Deutschland. Eine Bestandesaufnahme, S. 50.

¹⁸⁶ Kehf 18:17, zitiert in: Seyyar, A. (2012): Seelsorge in islamischer Tradition, S. 42.

In der islamischen Seelsorge wird zwischen einer ethischen, handlungsbezogenen, und einer geistigen Führung unterschieden. Dabei wird es als Ziel der geistigen Aufklärung verstanden, spirituelle Krankheiten, die aufgrund ethischer Fehlhandlungen entstanden sind, durch religiöse Ermahnung zu heilen. Dies mit dem Ziel, eine reumütige Sinnesänderung zu bewirken. Diese steht in engem Zusammenhang mit der Barmherzigkeit Gottes, da ein Sünder, ohne das Eingeständnis von Reue, die Barmherzigkeit Gottes verliert. Dies wiederum hat zur Folge, dass sich seine geistige Krankheit verfestigt. Bei diesen Ausführungen stellt sich die Frage nach der Abgrenzung von „spirituellen“ und „psychischen“ Erkrankungen, die an die Auseinandersetzung in der Zeit der kerygmatischen Seelsorge erinnert.

Seelsorge und geistige Selbstverantwortung

Ein Muslim ist aufgefordert, anstelle des Stolzes auf eigene Leistungen Gott für die unendlichen Gaben zu danken. Während eigene Fehler und Schwächen erkannt werden sollen, gilt es, alle Schönheit und Vollkommenheit Gott und nicht dem eigenen Ego zuzuschreiben. Dabei wird auf folgende Stelle im Koran verwiesen:

*„Was dich an Gutem trifft, kommt von Gott, was sich an Schlimmem trifft, kommt von dir selbst“.*¹⁸⁷

Seelsorge als Mahnung vor den Sünden

Nach islamischem Verständnis fügt jede Sünde, die der Mensch begeht, und jeder Glaubenszweifel, der ihn überkommt, dem Herzen Wunden zu. Diese bedrohen sowohl das menschliche als auch das geistliche Leben. Wenn für begangene Sünden keine Reue gezeigt wird, verdunkelt sich das Herz, bis das Licht des Glaubens ausgelöscht ist. Im Vergleich zum Christentum geht der Islam jedoch nicht von der Vorstellung einer Erbsünde aus. Auch kann keine Sünde von einem Menschen auf den andern übertragen werden. Deswegen klingt der christliche Gedanke, dass Jesus die Sünden der Menschen trug, für muslimische Ohren fremd. Wer von Herzen seine Fehler eingesteht, der bittet im Angesicht Gottes um Vergebung. Dabei wiegt im Angesicht Gottes eine gute Tat oft schwerer als tausend Sünden. Dies führt im Islam zur Einsicht, dass alle Sünden vergeben werden können.

Seelsorge als Möglichkeit zur Reue und Hoffnung

Um die weltlichen Triebe zu zügeln, muss das tyrannische Ego durch Züchtigung unter Kontrolle gehalten werden. Nur so ist es möglich, durch eigene seelsorgerische Anstrengung das Ego in positive Eigenschaften umzuformen. Im Islam werden einzelne Stationen durchlaufen, deren höchste Stufe die reine Seele ist. Dabei ist das diesseitige und jenseitige Seelenheil an die Befreiung des Ego von allem Bösen gebunden. Eine öffentlich verbale Busse oder Beichte gibt es im Islam nicht. Zudem geht es nicht um

¹⁸⁷ Al-Nisa' 4:79, zitiert in: Ebd.

eine Aufhebung, Wiedergutmachung oder Tilgung der Sünden. So werden Sünden nicht „vergeben“, sondern durch gute Taten, gewissenhafte Pflichterfüllung und die Hinwendung zu Gott aufgewogen und hinsichtlich ihrer Wirkung eingeschränkt. Dadurch ist der Blick stärker auf die Veränderung des Lebens ausgerichtet.¹⁸⁸

Bedeutung der Willensfreiheit im Islam

Im Hinblick auf die Willensfreiheit gab es in der islamischen Theologie schon früh Auseinandersetzungen. Einerseits gab es eine Schule, die einen strengen Determinismus lehrte und behauptete, dass der Mensch über das Zustandekommen seiner Taten nicht frei entscheide. Der Mensch verhalte sich wie ein willenloses Werkzeug gegenüber dem Allmächtigen.¹⁸⁹ Dabei stützten sich die Vertreter dieser Schule auf Koranverse wie z.B. Sure 6,39, wo es heisst: *„Gott führt wen er will in die Irre. Und wen er will, den bringt er auf einen geraden Weg“* oder Sure 7,186: *„Wen Gott irreführen will, für den gibt es keinen, der ihn recht leiten würde“*. Diese Verse führen zur Schlussfolgerung, dass Gott alleine über das Heil oder Unheil der Menschen entscheide. Dieser Überzeugung setzt die rationalistische Schule der Mu'taziliten die Entscheidungs- und Handlungsfreiheit gegenüber. Wie Reiss festhält, hat sich jedoch eine dritte Schule der Asch'ariten durchgesetzt, die versuchte, die absolute Allmacht und die alleinige Kausalität Gottes auf der einen und die Verantwortung des Menschen auf der anderen Seite zu berücksichtigen.¹⁹⁰ Die Schule unterscheidet zwischen dem Zustandekommen der Taten und der moralischen Verantwortung. Zwar bringe Gott die Taten zustande, die aber der Mensch durch eine von Gott gegebene Kraft umsetze und dafür auch die Verantwortung trage. Gegen diese Lehre wiederum wurden viele Einwände formuliert, letztlich aber keine Lösung gefunden. Deshalb geht man im Islam sowohl von der Tradition der Willensfreiheit als auch der Verantwortlichkeit des Menschen aus, wobei alles Handeln letztlich von Gott gewirkt und bestimmt ist.

4.3 Christentum und Judentum im Dialog um das Sühneverständnis

Islamische Vorstellungen einer Urschuld

Ein grundlegender Unterschied zwischen Christentum und Judentum besteht darin, dass es im Judentum nicht die Vorstellung einer „Erbsünde“ oder einer „Urschuld“ gibt. Wie Reiss aufzeigt, existiert im Judentum keine Vorstellung eines „Sündenfalls“, durch den das Böse in die Welt gekommen ist. Auch pflanzt sich nach jüdischer Vorstellung die Korruption der menschlichen Natur Adams nicht über die

¹⁸⁸ Reiss, W. (2010): Schuld und Versöhnung im Judentum, Islam und Buddhismus. In: Weiss, H., Federsmidt, K. & Temme, K. (Hrsg.) Handbuch interreligiöse Seelsorge, S. 168.

¹⁸⁹ Ebd.

¹⁹⁰ Ebd. Reiss verweist auf Khoury, A.T. (1983): Schuld und Umkehr im Islam, in: Sievernicht, M.& Seif, K.P. (Hg.) Schuld und Umkehr in den Weltreligionen, S. 64-65.

Generationen hinweg fort.¹⁹¹ So heisst es im babylonischen Talmud:¹⁹² „*Du wirst sie (die Seele) ihm zurückgeben müssen. Wie er sie in Reinheit dir gegeben hat, so gibst sie in Reinheit ihm zurück*“. Und jeden Morgen wendet sich der fromme Jude mit den Worten zu Gott: „*Die Seele, die du mir gegeben hast, ist rein*“. Nach jüdischer Auffassung gibt es eine freie Entscheidung zum Bösen oder zum Guten. So ist der gläubige Jude nicht in Schuld und Sünde gefangen, aus der Gott befreien müsste.¹⁹³ Im Gegensatz dazu geht die christliche Vorstellung davon aus, dass Sünden und Verfehlungen nicht nur aktuelle Verstösse gegen sittlich, ethisch-moralische, gesetzliche oder religiöse Wertvorstellungen sind. Vielmehr sind sie nach christlichem Verständnis ein grundsätzlicher Zustand des unerlösten Menschen, der sich gegen Gott auflehnt resp. von Gott getrennt ist.

Diese Auffassung wird vom Judentum in dieser Form nicht geteilt. Wie Reiss festhält, stützt sich das jüdische Verständnis von Sünde auf das Wort Gottes in Genesis 4,7, das vor dem ersten Blutvergiessen an Kain gerichtet war: „*Die Sünde lauert vor Deiner Herzensstür und giert nach dir. Du aber sollst Herr über sie werden*“. Daraus leiten die Rabbinen drei wesentliche Grundsätze ab: Erstens besteht eine grundsätzliche Freiheit des Menschen, das Gute zu wählen. Dieser Grundsatz steht im Gegensatz zur reformatorischen Schrift Luthers: „*de servo arbitrio*“, der in seiner Überzeugung durch die Beobachtung geleitet ist, dass viele Menschen gerade nicht das Gute wählen. Diese Schrift wiederum ist als Reaktion auf die humanistische Lehre „*de libero arbitrio*“ des Erasmus von Rotterdam zu verstehen, die ebenfalls von einer Willensfreiheit des Menschen ausgeht. Diese Auseinandersetzungen machen deutlich, dass die Ursache und der Umgang mit dem Bösen in der Welt die Menschen in den verschiedenen Weltreligionen und Philosophien seit vielen Jahrhunderten beschäftigt haben.

Vorstellungen in Bezug auf die menschliche Willensfreiheit

Analog zu den philosophischen Ansätzen scheint auch das Judentum deutlich optimistischer in Bezug auf die menschlichen Fähigkeiten zu sein als das Christentum. Basierend auf Römer 5 und 7 wird ein Menschenbild entworfen, in dem der Mensch gefangen ist unter der Macht der Sünde. So stellt Paulus in Röm. 7, 17-19 fest: „*So tue nun nicht ich es, sondern die Sünde, die in mir wohnt. Wollen habe ich wohl, aber das Gute vollbringen kann ich nicht. Denn das Gute, das ich will, das tue ich nicht; sondern das Böse, das ich nicht will, das tue ich*“. Nach christlichem Verständnis kann die Macht der Sünde in Röm. 5,18 nur durch Christus überwunden werden: „*Wie nun durch die Sünde des Einen die Verdammnis über alle Menschen gekommen ist, so ist auch durch die Gerechtigkeit des Einen für alle Menschen die Rechtfertigung gekommen, die zum Leben führt*“. Daher geht es im Christentum weniger um eine periodisch wiederkehrende Schuldentsühnung, sondern um die einmalige Überwindung und die

¹⁹¹ Reiss, W. (2010): Schuld und Versöhnung im Judentum, S. 163.

¹⁹²b Schabbat 152b, zitiert in: Ebd.

¹⁹³ Lapide, P. (1983): Schuld und Vergebung im Judentum. In: Sievernicht, M. & Seif, K.P. (Hg.), Schuld und Umkehr in den Weltreligionen, S. 43-60.

Voraussetzung für die Überwindung und Aufhebung der Sünde.¹⁹⁴ Die jüdische Tradition fasst Sünde und Schuld nicht als grundsätzlichen Zustand des unerlösten Menschen auf. Vielmehr entsteht Sünde als Negierung von Mizwôt, den einzelnen Geboten. Deshalb gibt es im Judentum keine eigenständige Reflexion über die Schuld oder die Sünde, keine Hamartiologie oder „Sündenlehre“. Stattdessen wird Sünde nur zweitrangig und sekundär im Zusammenhang mit den Geboten behandelt.¹⁹⁵ Dabei zeigen sich zwischen dem Judentum und Christentum folgende Unterschiede: Im Christentum wird vom Menschenbild eines in Schuld und Sünde verstrickten Menschen ausgegangen, der durch die Erlösung Jesu Christi aus seiner Schuld befreit werden kann. Im Judentum hingegen wird von einem Menschen ausgegangen, der zum Guten und zur Sündlosigkeit mit Hilfe von Gottes Geboten fähig ist. Dabei muss nach jüdischem Verständnis die Versöhnung von der Initiative des Menschen ausgehen.

Spirituelle Erfahrungen im Judentum und ihre Bedeutung für Spiritual Care

Jüdische Mystik ist daher nie Erlösung vom Willen oder Erlösung vom Ich, sondern richtet sich auf die Schöpferkraft des Menschen, der das Gebot mit ganzem Herzen erfüllt. In der jüdischen Mystik bezeichnet Kawwana (כוונה) sowohl die seelische Haltung des Menschen bei der Erfüllung des Gebotes als auch das Gebet, durch die der Mensch einen Zugang zum Schöpfer gewinnen kann.¹⁹⁶ Diese Präsenz des Schöpfers kann auch in der Begegnung mit dem kranken und sterbenden Menschen erfahren werden. „Wer einen Kranken besucht, setze sich weder auf ein Bett noch auf einen Stuhl, er hülle sich vielmehr ein und setze sich ihm gegenüber, denn die Gottheit [die Schechina] befindet sich über der Kopfseite des Kranken“¹⁹⁷ Intensive spirituelle Erfahrungen können nicht nur im Gebet, sondern auch in alltäglichen Lebenserfahrungen gemacht werden.

Spiritual Care im jüdischen Sinne ist daher wesentlich eine Kultur der Begegnung und Begleitung. Die Mizwa beinhaltet eine religiöse Verpflichtung für jeden Einzelnen und die Gemeinschaft, sich in mitmenschlicher Fürsorge um Kranke und Sterbende zu kümmern. Diese Anteilnahme, die dem Kranken entgegengebracht wird, muss aus derselben Mischung aus Liebe und Achtung bestehen, die man Gott entgegenbringt.

¹⁹⁴ Reiss, W. (2010): Schuld und Versöhnung im Judentum, Islam und Buddhismus. In: Weiss, H., Federschmidt, K. & Temme, K. (Hrsg.) Handbuch interreligiöse Seelsorge, S. 162-178 mit Verweis auf: Brendlin, A. (2010): Art. Sünde, in: Cancik, H. (Hrsg.), Handbuch religionswissenschaftlicher Grundbegriffe. Band 5., S. 131.

¹⁹⁵ Reiss, W., S. 165 mit Verweis auf: Schreiner, S. (2001): Art. Sünde III. Judentum, in: Theologische Realenzyklopädie. Band 32, S. 372-373.

¹⁹⁶ Probst, S.M (2018): Jüdische Spiritualität in der Palliative Care. In: Zeitschrift 2018; 7(2): 188.

¹⁹⁷ Babylonischer Talmud, Schabbat 12 b, übersetzt durch Probst, S.M. siehe 219.

4.4 Der Buddhismus in der Auseinandersetzung mit den monotheistischen Religionen

Buddhistisches Verständnis von Urschuld

Während die monotheistischen Religionen die Verantwortung vor Gott als ein wesentliches Kriterium für die Beschreibung von Schuld und Strafe betrachten, fällt dies beim Buddhismus weitgehend weg. Dies deshalb, weil Buddhisten an keinen Schöpfergott glauben, der sie in die Verantwortung zieht. Wie Reiss zeigt, kann der Buddhismus, im Vergleich zum Judentum, weder gegen Gebote verstossen noch schlechte Taten gegen Gute aufheben, wie dies im Islam der Fall ist. Analog zum Christentum kennt auch der Buddhismus das Phänomen der Sünden und die Vorstellung von einer „Urschuld“.¹⁹⁸ Diese besteht jedoch nicht in einer Handlungskategorie oder im Nichtglauben an einen Gott, sondern im Anhaften an Vergänglichem.¹⁹⁹ Auch ist sie nicht, wie im christlichen Glauben, im Nachhinein in eine von Gott als gut erschaffene Welt eingedrungen. Vielmehr ist sie am Anfang der Entstehung in den weltlichen Prozess des Werdens und Vergehens eingebunden. Leid und Verschuldung gehören deshalb von Grund auf zur menschlichen Vergänglichkeit.

Atman und die fünf Skandhas

Nach Auffassung des Buddhismus besteht das Grundproblem im Glauben des Menschen, einen eigenständigen Wesenskern, eine Seele sowie individuelle und persönliche Einheit zu haben. Zwar gibt es in der buddhistischen Tradition den Begriff *atmān*, was (analog zum hebräischen *nəfəs*) Atem, Lebenshauch bedeutet und in der indischen Philosophie mit dem individuellen Selbst und der ewigen, unzerstörbaren Essenz des Geistes in Verbindung gebracht wird. Siddhartha Gautama, genannt Buddha, war ursprünglich ebenfalls von der Existenz des Atman überzeugt und versuchte, dieses durch besonders harte asketische Praktiken zu finden. Im Laufe dieser Versuche kam er dann zur Überzeugung, dass ein solch unzerstörbarer, ewiger Kern der Persönlichkeit nicht existiere. In dieser Erkenntnis sah er den Schlüssel zur Erlösung. Die Subjekthaftigkeit des Menschen ist nach Gautama letztendlich eine Täuschung. Die von ihm begründete Weltanschauung, die später die Bezeichnung Buddhismus erhielt, wurde von ihrem Gründer „*Anatmanvada*“ (etwa: Nicht-Atman-Lehre) genannt.²⁰⁰

Was Menschen als ihr Selbst oder ihre Seele bezeichnen, ist vielmehr ein ständig im Wandel begriffenes Zusammenspiel der fünf *Skandhas*. Diese umfassen: a) den Körper mit seinen Sinnesorganen, b)

¹⁹⁸ Ebd., S. 172.

¹⁹⁹ Tanhā (Pali: Tanhā, Sanskrit: Tṛṣṇā), kann mit Begehren, Verlangen, Gier, Durst oder Wollen übersetzt werden. Siehe dazu: Müller, W.K. (1986): Schuld und Versöhnung im Buddhismus, in: B. Mensen (Hrsg.), Schuld und Versöhnung in verschiedenen Religionen, S. 9-19.

²⁰⁰ Zotz, V. (2001). Buddha.

die Empfindungen, c) die Wahrnehmung der Welt, die Interessen, Willensregungen, Sehnsüchte, Handlungsabsichten und e) das Bewusstsein.²⁰¹

Das spirituelle Konzept des Karmas

Die wesentliche menschliche Fehleinschätzung liegt nach buddhistischem Verständnis darin, dass der Mensch durch die Befriedigung von Bedürfnissen seines Selbst zu dauerhaftem Glück und Frieden zu kommen versucht. So zieht das Verlangen nach der Existenz eines Selbst Bedürfnisse wie Nahrung, Sexualität, Besitz, Macht, Liebe, Ruhm etc. nach sich. Je mehr der Mensch durch seine Gier nach Leben bestimmt wird, desto mehr läuft er Gefahr, dass er noch mehr schlechtes Karma anhäuft. Unter *Karma* (Tat, Wirken) wird ein in Indien entwickeltes spirituelles Konzept verstanden, nachdem jede geistige und physische Handlung unweigerliche Konsequenzen nach sich zieht. Diese müssen jedoch nicht zwingend im aktuellen Leben wirksam werden, sondern können sich auch in einem nächsten Leben manifestieren. Diese Lehre vom Karma ist eng mit der Idee eines Kreislaufs der Wiedergeburten (*samsara*) verbunden. Das bedeutet, dass nach dieser Vorstellung das Ursache-Wirkungs-Prinzip über mehrere Leben von Kreaturen Gültigkeit hat.²⁰² Die menschliche Gier nach Leben hat zur Folge, dass sich ein schlechtes Karma anhäuft, was wiederum dazu führt, dass die Erlösung verzögert und der Mensch länger im Prozess der Vergänglichkeit und des Leidens festgehalten wird. Nach buddhistischer Auffassung provozieren Gier und Verlangen schlechte Handlungen, die zur menschlichen „Urschuld“ führen. Dabei werden schlechte Taten dadurch abgegolten, dass der Mensch im Prozess des Werdens und Vergehens gefangen bleibt.

Die Erleuchtung als Erkenntnis der Grundbedingung allen Lebens

Im Buddhismus soll der Mensch zur Erkenntnis der Grundbedingungen allen Lebens zu gelangen, die im Buddhismus *Bodhi* (Erwachen oder Erleuchtung) genannt wird und auf dem von Buddha gelehrteten Erlösungsweg von zentraler Bedeutung ist. Dieser Prozess der Erleuchtung umfasst einen achtfachen Pfad, der aus einer Anleitung zu rechter Anschauung, rechter Gesinnung, rechten Redens, rechten Handelns, rechten Lebens, rechten Sterbens, rechten Überdenkens und rechten Sich-Versenkens besteht.²⁰³ Für den Buddhismus bedeutsam ist die Entwicklung von Bescheidenheit bzw. Nicht-Anhaften, Güte und Einsicht als Gegenbewegung zu den Grundwurzeln der unheilsamen Gier, Hass und Verblendung. Dieser Entwicklungsprozess wird durch Praktiken des Loslassens unterstützt. Angestrebt wird die Selbsterkenntnis, die im Buddhismus „Leere“ (*shunyatā*) genannt wird.

²⁰¹ Müller, W.K. (1986). Schuld und Versöhnung im Buddhismus, in: B. Mensen (Hrsg.), Schuld und Versöhnung in verschiedenen Religionen, S. 10.

²⁰² Bach, D. (2001). Gib, was du nicht bekommen hast. Karma und Psyche. Eine Einführung, S. 44ff.

²⁰³ Ebd., S. 174.

Grundqualifikationen für die religiöse Begleitung von Kranken im Buddhismus

Die Herausforderungen in der Seelsorge bestehen darin, dass sich ein „Seelsorger“ im Buddhismus nicht als solcher verstehen kann, da der Buddhismus davon ausgeht, dass der Mensch keine solche Seele hat. Zu den menschlichen Grundqualifikationen des buddhistischen Mönches gehört die Fähigkeit, Kranke und Sterbende zu begleiten. Diese Begleitung umfasst die Aufgabe, den Kranken und Sterbenden von Zeit zu Zeit in Worten über die Lehre zu belehren, zu ermahnen, zu ermuntern und zu ermutigen.²⁰⁴ Dabei hat der Körper in der buddhistischen Tradition im Gegensatz zum Geist kaum eine Bedeutung. Ein Mensch mit buddhistischer Grundüberzeugung glaubt an die Befreiung in das Nirwana (auch »Reines Land« genannt) oder an die Wiedergeburt auf einem ‚höheren‘ Niveau. Dabei bildet der Bewusstseinszustand zum Zeitpunkt des Todes die Ausgangslage für den Geisteszustand im neuen Leben. Aus diesem Grund wünschen viele praktizierende Buddhisten, diese Welt bei möglichst klarem Bewusstsein zu verlassen und Schmerz- und Betäubungsmittel nur mässig oder gar nicht einzunehmen.

4.5 Schlussfolgerungen für die interreligiöse Ausgestaltung von Spiritual Care

Die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Weltanschauungen zeigt, dass die religiöse Pluralisierung moderner Gesellschaften die Seelsorge und Spiritual Care vor neue Herausforderungen stellt. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es in Bezug auf das Seelsorgeverständnis erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Weltreligionen gibt. Konkret stellt sich die Frage, ob der zum terminus technicus eines kirchlichen Angebots avancierte Begriff der Seelsorge für Begleitungsangebote aus andern Religionen übernommen, oder ob bei der Namenswahl nicht besser auf die eigene Tradition zurückgegriffen werden soll?²⁰⁵

Wie in der Auseinandersetzung mit dem Buddhismus deutlich wird, lässt sich das christliche Seelenverständnis nicht auf andere Philosophien und Glaubensformen übertragen. Vielmehr geht es darum, nach den Vorstellungen, Erfahrungen und Rahmenbedingungen der Seelsorge in verschiedenen Religionstraditionen zu fragen und nach möglichen Wegen zu suchen, um den interreligiösen Dialog in unserer multireligiösen Gesellschaft zu stärken. Angesichts wachsender religiös-spiritualer Herausforderungen verfügt die Seelsorge über die entsprechenden Kompetenzen, um die anderen Berufsgruppen im Umgang mit der religiösen Vielfalt zu schulen. Dies erfordert kultur- und religionsbezogenes Hintergrundwissen sowie vor allem auch Wertschätzung und Anerkennung als Voraussetzung für eine gelingende interreligiöse Begegnung und Zusammenarbeit. In der gemeinsamen Sorge um den

²⁰⁴ Wagemann, G. (2005). Der religiöse Hintergrund von Patienten aus unterschiedlichen Kulturen. Ein Leitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Berater und Betreuer, S.4ff.

²⁰⁵ Reiss, W. (2010), Handbuch interreligiöse Seelsorge, S. 51.

kranken Menschen sollte es das zentrale Anliegen interreligiöser Seelsorge und Spiritual Care sein, allen Menschen - ungeachtet ihrer Religion und Weltanschauung - Beistand zu geben.

5. Spiritual Care als neuer Fachbereich in der Medizin

Wie Doris Nauer konstatiert, hat in Deutschland ein regelrechter Spiritualitäts-Boom eingesetzt.²⁰⁶ Seit den 1980er Jahren hat, ausgehend vom angelsächsischen Raum, im Gesundheitsbereich und in der Gesundheitsforschung ein steigendes Interesse am Thema Religion und Spiritualität eingesetzt. Nicht nur die Medizin und Pflegewissenschaften interessieren sich für Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Religion und Spiritualität. Auch die Psychologie fragt nach der Bedeutung von Religion und Spiritualität für die psychische Gesundheit bzw. die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Mit der Integration der spirituellen Dimension ins bio-psycho-soziale Behandlungs- und Begleitungsmodell, legte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2002 einen wichtigen Meilenstein. Als zweiter wichtiger Meilenstein in der Entwicklung von Spiritual Care kann die ‚*Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*‘ bezeichnet werden. Diese hält fest, dass die Gesundheitsförderung ein lebensbejahendes und integratives Gesundheitskonzept als bestimmenden Faktor für die Lebensqualität bietet, welches geistiges und spirituelles Wohlbefinden miteinschließt.²⁰⁷

Paradigmenwechsel im Gesundheitsverständnis

Inzwischen belegen mehrere Studien positive Auswirkungen von Religion und Spiritualität auf Krankheitsverständnis und -bewältigung.²⁰⁸ So wurden in der Psychologie und Medizin zahlreiche spezifische Messverfahren und Fragebogenskalen zur Erfassung von spirituellen Bedürfnissen/Ressourcen entwickelt.²⁰⁹ Wesentliche Anstöße zum gesundheitswissenschaftlichen Paradigma stammen aus den soziologischen und psychologischen Forschungsansätzen des 20. Jahrhunderts. Als Pionier dieser Entwicklung kann der bekannte Medizinsoziologe Aaron Antonovsky verstanden werden, der einen wichtigen Beitrag zu diesem Paradigmenwechsel im Gesundheitsverständnis geleistet hat. Entgegen des pathogenetischen Verständnisses in der Medizin, richtet die Salutogenese ihre Wahrnehmung auf den ganzen Menschen und sein Potenzial für Selbststärkung und Selbstheilung. Nach dieser Theorie bilden Krankheit und Gesundheit keine unvereinbaren Gegensätze, sondern liegen in einem Kontinuum.²¹⁰

²⁰⁶ Nauer, D. (2015): Spiritual Care statt Seelsorge?, S. 35.

²⁰⁷ Englischer Originaltext übersetzt durch die Autorin: „Health promotion offers a positive and inclusive concept of health as a determinant of the quality of life and encompassing mental and spiritual well-being. Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Online verfügbar unter http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en.

²⁰⁸ Studien zum Einfluss von Spiritual Care auf beanspruchte medizinische Dienstleistungen siehe Balboni, T., Balboni M. et al. (2011): Support of Cancer Patients' Spiritual Needs and Associations With Medical Care Costs at the End of Life. *Cancer*, 2011, Dec. 1. Weitere Studien zur Verbesserung von Symptomen in der Palliative Care bei Breitbart, W.: Spirituality and meaning in supportive care: spirituality-and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. In: *Support Care Cancer* 2002 (10:4), S. 272-280, siehe auch unter: Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, Ch., Pessin, H. Poppito, Sh., Nelson, Ch. et al.: Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. In: *Psychology* 2012 (19:1), S. 21–28; Weiter gibt es Studien zu verbessertem Coping mit kurativen Patientengruppen: Agarwal, J., Powers, K., Pappas, L., Buchmann, L., Anderson, L., Gauchay, L. & Rich, A.: Correlates of elevated distress thermometer scores in breast cancer patients. In: *Support Cancer Care* 2013 (21), S. 2125–2136.

²⁰⁹ Büssing, A. (2011b): Spiritualität Transdisziplinär. Heidelberg: Springer Verlag.; Puchalski, C.M., Ferrel, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P. & Bull, J.: Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. In: *J Palliat Med* 2009 (12), S. 885–905; Breitbart, W.: Spirituality and meaning in supportive care: spirituality-and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. In: *Support Care Cancer* 2002 (10:4), S. 272-280.

²¹⁰ Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, S. 12.

Antonovskys Konzept der Salutogenese wurde von verschiedenen Forschern in Bezug auf die Kunst der Lebensgestaltung weiterentwickelt. Dabei verfolgen die verschiedenen Versuche das Ziel, durch die Zuwendung zu einer ganzheitlichen Medizin den Dualismus zwischen Körper und Seele zu überwinden.

Einfluss der evidenzbasierten Medizin auf Spiritual Care

Zweifellos ist die Sprache der Spiritual Care Forschung der Kultur der evidenzbasierten Medizin entlehnt. Im klinischen Ansatz liegt der Fokus auf Diagnose und Management, auf Symptomkontrolle oder „Assessment“ von Bedürfnissen. Dabei führt die Operationalisierung von Spiritual Care in der Forschung zu verschiedensten Herausforderungen. Wie die Definition von Eckhard Frick deutlich macht, besteht inzwischen international ein weitgehender Konsens darin, Spiritual Care als die gemeinsame Verantwortung der Gesundheitsberufe (Medizin, Pflege, Psychotherapie, Seelsorge usw.) für die spirituelle Dimension der Gesundheit zu betrachten. Wie Birgit und Andreas Heller vermuten, interessieren sich medizinische Fachpersonen in der Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen deshalb für Spiritual Care, weil sie aufgrund der Selbstsorge motiviert sind, sich mit ihrer eigenen Spiritualität auseinanderzusetzen. Viele von ihnen betrachten den Schutz vor dem Burnout als eine wichtige Funktion von Spiritual Care.²¹¹ Im Folgenden soll nun näher auf die Bedeutung von Spiritualität und die Charakteristika der Spiritualitätsdefinitionen bei den verschiedenen Berufsgruppen eingegangen werden. In theoretischer Hinsicht erfolgt dies über Literaturrecherchen zu den einzelnen Berufsgruppen. Für das Spiritualitätsverständnis von Fachpersonen in der Praxis werden in Kap. 5.2.4 die Ergebnisse aus den 30 qualitativen Interviews unserer Vorstudie hinzugezogen.

5.1 Die Bedeutung von Spiritualität im Gesundheitswesen

Obwohl die Anfänge in der Palliative Care liegen, hat sich das Interesse an Spiritual Care inzwischen auch auf andere Disziplinen der Inneren Medizin ausgeweitet. Dies unter anderem deshalb, weil Palliative Care nicht auf den Sterbeprozess limitiert ist, sondern bereits dann einsetzt, wenn eine unheilbare und chronische Erkrankung das Leben eines Menschen bedroht. Wie demographische Erhebungen zeigen, geht man davon aus, dass zukünftig immer mehr Menschen an chronischen und unheilbaren Erkrankungen sterben werden, weshalb langfristige Begleitungskonzepte indiziert sind.²¹² Für Andreas Heller lässt sich das Phänomen Spiritual Care überhaupt erst vor dem Hintergrund eines entmenslichten Gesundheitssystems begreifen: *„Die Diskussion um Spiritualität und Ethik offenbart die Notwendigkeit einer humanen Re-Orientierung der gesamten Grundlagen und Ausrichtung unseres derzeitigen Systems“*.²¹³ Dabei zeigt sich, dass die Fortschritte die moderne Medizin vor allem am

²¹¹ Heller, B. & Heller, A. (2014), Spiritualität und Spiritual Care, S. 40.

²¹² Borasio, G. D. (2014a): Geleitwort. In: Schulte, V. & Steinebach, Ch., Innovative Palliative Care, S. 12.

²¹³ Heller, A. (2014a): Christliche Krankenhausseelsorge: ein Spiegel für Spiritual Care? In: Heller, B. & Heller, A. (Hg.), Spiritualität und Spiritual Care, S. 72.

Beginn und Ende des Lebens vor grosse Herausforderungen stellen. Diese werden insbesondere bei komplexen Patientensituationen deutlich. Auch nimmt der Druck auf medizinische Fachpersonen stetig zu, indem Prozesse, Abläufe und Strukturen ökonomisch rationalisiert werden. Die vom Individuum entfremdete Humanmedizin schenkt den Themen von Sinnfindung und Spiritualität inzwischen kaum mehr Beachtung. Der Theologe Frank Mathwig vermutet gar, dass durch Spiritual Care als neue Subdisziplin, ein Defizit im Selbstverständnis der Medizin behoben werden soll.²¹⁴ Dabei läuft Spiritual Care die Gefahr, durch Abspaltung von der medizinisch-therapeutischen Behandlung den alten Leib-Seele Dualismus wieder zu rehabilitieren. Daher schlägt Mathwig vor, das bestehende Gesundheitswesen nicht mit Hilfe einer oberflächlichen Defizitkompensation zu stabilisieren, sondern in Richtung Humanisierung zu „sanieren“.

In den letzten Jahren haben steigende Gesundheitskosten sowie die Einführung der Fallpauschalen zu einer verstärkten Beschäftigung mit ethischen Fragen und Sinnfragen geführt. Da bei Patienten oft viele Spezialisten involviert sind, fehlt eine Dialogplattform unter den verschiedenen medizinischen Experten. Deshalb ist der Wunsch nach einer ganzheitlichen Betrachtungsperspektive des kranken Menschen wieder neu in den Fokus gerückt. Da verschiedene Berufsgruppen in den therapeutischen Behandlungsprozess des Patienten eingebunden sind, ist die spirituelle Begleitung nicht unabhängig von der medizinischen und psychosozialen Versorgung. Aufgrund dieser verschiedenen Entwicklungen hat sich die Spiritual Care als neuer Forschungsbereich auch in anderen medizinischen Fachbereichen zu etablieren begonnen. Nach medizinischem Verständnis gehören heute Auseinandersetzungen mit dem Sinn des Lebens und mit existenziellen Fragen in der modernen Gesellschaft nicht mehr nur in den Zuständigkeitsbereich von Theologie und Seelsorge.

5.2 Das Spiritualitätsverständnis von Fachpersonen im Gesundheitswesen

Wie die verschiedenen Gespräche mit Fachpersonen zeigen, gibt es zwischen den Berufsgruppen grosse Unterschiede in Bezug auf die Spiritualitätskonzeptionen. Im Hinblick auf die interprofessionelle Zusammenarbeit und das gegenseitige Verständnis erweist sich an dieser Stelle die Auseinandersetzung mit den Spiritualitätsverständnissen der verschiedenen Berufsgruppen zentral.

5.2.1 Das Interesse von ÄrztInnen an der Spiritual Care

Für viele ÄrztInnen ist Spiritual Care vor allem deshalb interessant, weil immer mehr internationale quantitative Studien einen Zusammenhang zwischen Religiosität/Spiritualität und der Lebensqualität schwerkranker Menschen zeigen. Wie der Überblick über die aktuelle Forschungslandschaft

²¹⁴ Mathwig, F.: Worum sorgt sich Spiritual Care? Bemerkungen und Anfragen aus theologisch-ethischer Sicht. In: Noth, I, & Kohli Reichenbach, C. (Hg.) Palliative und Spiritual Care, S.31.

verdeutlicht, sind die umfangreichsten Daten bislang in den USA erhoben worden. In diesem Sinne wird Spiritualität in der Medizin als „faith factor“ betrachtet, der bei schwerkranken Patienten einen bedeutsamen Beitrag zum Wohlbefinden und zur Lebensqualität leistet. Die Pionierin der Spiritual Care Bewegung, Prof. Dr. Christina Puchalski, fasst die verschiedenen Studienergebnisse aus nordamerika-nischer Sicht folgendermassen zusammen: *„Surveys have demonstrated that spirituality is a patient need, that it affects health care decision-making, and that spirituality affects health care outcomes including quality of life“*.²¹⁵ Diese Überzeugung wird auch von Forschern aus dem europäischen Raum geteilt. So heben Klaus Baumann²¹⁶ und Eckhard Frick²¹⁷ die Bedeutung von Spiritualität und Religiosität auf die Gesundheit und das physische und psychische Wohlbefinden hervor. Borasio wagt sogar folgende Schlussfolgerung: *„Das Angebot von Spiritual Care und das Interesse von ÄrztInnen an Spiritualität beruht nicht auf einer philosophischen, religiösen oder weltanschaulichen Vorstellung, sondern allein auf dem Nachweis, dass Spiritualität etwas mit Lebensqualität am Lebensende zu tun hat. Wenn das nicht der Fall wäre, dann würde sie aus dem Aufgabenbereich der Palliative Care gestrichen“*.²¹⁸

Als Mediziner geht Eckhard Frick von der These aus, dass sich Spiritual Care im modernen medizinischen Setting nur dann längerfristig durchsetzen kann, wenn sie im Rahmen der bewährten Grundsätze der sogenannten ‚Evidence based Medicine‘ (EbM) etabliert und implementiert wird. Bei der EbM (evidence-based medicine) handelt es sich um eine jüngere Entwicklungsrichtung in der Medizin, die ausdrücklich fordert, dass patientenorientierte Entscheidungen in der medizinischen Behandlung, auf der Grundlage von empirisch nachgewiesener Wirksamkeit getroffen werden sollen. In diesem Sinne spricht man auch von einer „patientenzentrierten Wissenschaftlichkeit“. Die EbM beruht auf dem Schema: Diagnose – Indikation – Intervention – Outcome – Evaluation. Dabei werden die wissenschaftlichen Erkenntnisse durch randomisierte, kontrollierte Studien (RCTs) gewonnen, die zuverlässige Schlüsse auf Kausalzusammenhänge erlauben. Diese Kriterien gelten für Spiritual Care erstens dann, wenn durch empirische Studien nachgewiesen werden kann, dass Spiritualität oder Religiosität die Qualität eines Health Factors besitzen. Ein zweites Kriterium für EbM ist die Integration von spirituellen Interventionsformen in den Therapieplan, die es sowohl zu dokumentieren als auch zu evaluieren gilt. Die verschiedenen Herausforderungen, die sich im Zusammenhang mit einer EbM in Spiritual Care stellen, werden später noch ausführlich diskutiert. Wesentliche Verdienste kommen den Ärztinnen und ÄrztInnen auch in der Systematisierung der Forschungsliteratur zu. Eine Übersicht über diese

²¹⁵ Puchalski, C.M., Ferrel, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P. & Bull, J. (2009): Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. In: *J Palliat Med*, (12), S. 885–905.

²¹⁶ Baumann, K. (2009): Religiöser Glaube, persönliche Spiritualität und Gesundheit. In: *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 55, S. 137.

²¹⁷ Gratz, M. & Roser, T. (2014): Spiritualität in der Medizin – ein Widerspruch? In: Schnell, M.W. & Schulz, Ch. (Hg.): *Basiswissen Palliativmedizin*, S. 196–197.

²¹⁸ Borasio, G. D. (2014b): Spiritual Care. Eine Aufgabe für den Arzt? In: Noth, I. & Kohli Reichenbach, C. *Palliative und Spiritual Care*, S. 118.

Gliederung der aktuellen Forschungsliteratur mit internationalen Studienergebnissen ist in Kapitel 6 zu finden.

5.2.2 Spiritualitätskonzeptionen in den Pflegetheorien

Wenn man die Geschichte der Pflege betrachtet, so stellt man fest, dass ihre Wurzeln in der „Religion“ und „Spiritualität“ verankert sind. Sowohl die Motivation für den Pflegeberuf als auch die pflegerischen Handlungen waren seit je durch religiöse und spirituelle Gedanken und Werthaltungen geprägt. Bis gegen Ende des 20. Jahrhunderts stand die Pflegeausbildung unter dem Einfluss christlicher Ordensgemeinschaften, deren Grundlage das von der katholischen Ordensschwester Sr. Liliane Juchli verfasste „Handbuch der Pflege“ war. Der Beginn der Pflege als Wissenschaft wird mit Florence Nightingale, der „Mutter der modernen Pflege“, in Verbindung gebracht. Als Anglikanerin, die mit dem Katholizismus liebäugelte, stand Nightingale unter dem Eindruck der Schriften katholischer Schwestern sowie zahlreicher Aspekte des katholischen Glaubens, die jedoch für eine Konvertierung nicht ausreichend waren. Allzu sehr sträubte sie sich gegen die Art von Gehorsam, welche die katholische Kirche von ihren Mitgliedern abverlangt.²¹⁹

Einfluss der Akademisierung auf die Pflege

Die wissenschaftlichen Ansätze von Florence Nightingale können als Ausgangspunkt für die Entwicklung der Pflege als eigene wissenschaftliche Richtung gesehen werden. Ihre Mitte des 19. Jahrhunderts verfassten Schriften legten nicht nur den Grundstein für die Pflege als eigene Profession, weg von der Hilfsdisziplin der Ärzteschaft, sondern können auch als Anstoss der Entwicklung der Pflege als Wissenschaft verstanden werden. Sie suchte als erstes nach wissenschaftlichen Zusammenhängen für Phänomene, die sie bei der Pflege britischer Soldaten im Krimkrieg beobachtete, und erkannte, dass die genaue Aufzeichnung und Messung der Ergebnisse pflegerischer und medizinischer Betreuung von ungeheurer Wichtigkeit für die Entwicklung effizienter Betreuung kranker Menschen waren. Sie verfügte über Fachkenntnisse in der Statistik und der Epidemiologie (Wissenschaft von der Entstehung, Verbreitung und Bekämpfung von Krankheiten) und war in ihrem Denken sehr nahe dem heutigen Anliegen der Pflegewissenschaft, da Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zentrale Anliegen ihrer Arbeit waren.

Die zunehmende wissenschaftliche Ausrichtung der Pflege nach naturwissenschaftlichen Kriterien veränderte auch ihre Sprache. So wurde die ‚Fürsorge für Körper, Seele und Geist‘ durch das Leitbild des ‚bio-psycho-sozialen Menschen‘ ersetzt. Spirituelle Lehrinhalte wurden reduziert auf einen soziologischen Überblick über die Weltreligionen und ihre Lehren, die verhindern sollten, dass Pflegenden, wie

²¹⁹ Mayer, H. (2009): Die spirituelle Dimension pflegerischen Handelns. In: Körtner, U. & Kopetzki, Ch. (Hrsg.). Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin, S. 71.

z.B. durch das Servieren von „falschen“ Speisen, den Glauben ihrer Patienten verletzen. Dabei steht der Ausschluss der spirituellen Dimension in einem Kontrast zur Erfahrung vieler Pflegefachpersonen.

Rückbesinnung auf die spirituelle Dimension pflegerischen Handelns

Dieses Spannungsfeld sowie eine gewisse Orientierungslosigkeit gaben, sowohl in der Pflegepraxis als auch in der Pflegewissenschaft, Anlass zu einer intensiven Auseinandersetzung mit der spirituellen Dimension pflegerischen Handelns. Zudem erwachte das Interesse an ethischen und spirituellen Fragen mit den neuen Technologien in der Medizin. Diese brachten die Pflege in unbekannte Situationen, für die es keine vorgeschriebene Verhaltensregel mehr gab. Mayer²²⁰ und Barnum²²¹ nennen verschiedene Einflüsse, welche die Spiritualität nach ihrer Ablösung von den religiösen Gemeinschaften wieder in die Pflegepraxis zurückgebracht haben. Als wichtige Faktoren werden das persönliche Interesse von Pflegenden an der spirituellen Dimension, individuelle Sinnfindungsprozesse sowie das Aufkommen neuer New-Age-Ideologien genannt. Watson hält in Bezug auf die Integration der Spiritualität in die Pflegepraxis fest: *„Von der menschlichen Seele zu sprechen, ist an sich weder neu noch originell. Ungewöhnlich ist jedoch, dass sie zum Konzept erhoben und in eine Theorie aufgenommen wird. Verwandte Theorien aus Psychologie und Pflegewissenschaft prägten Begriffe wie „Selbst“, „inneres Selbst“, „Ich“, „Selbstverwirklichung“ etc. Der bloße Versuch, die Seele als Konzept anzuerkennen, zeugt davon, dass die Pflege inzwischen alternative Standpunkte einnehmen kann und darf“*.²²²

Pflegerisches Heilungsverständnis im Kontext des biblischen Verständnisses in den Evangelien

Neben der Anlehnung an das Gedankengut des New Age fallen auch sprachliche Parallelen zu den Weltreligionen auf. So wird z.B. vom „Willen Gottes“ gesprochen, ohne konkrete Angaben zu machen, auf welche Religion und welchen Gegenstand sich dieser Gotteswille bezieht. Wie das folgende Zitat verdeutlicht, wird der göttliche Wille vielmehr zur Legitimierung neuer spiritueller Praktiken in der Pflege eingesetzt:

„Legt man in einem religiösen Kontext die Hände auf, glaubt man, dass sich Gottes Wille und Macht durch den Heilenden offenbart. Praktiziert man im New-Age-Paradigma die therapeutische Berührung, bezieht man sich meist auf ein New-Age-Konzept von Spiritualität, oft auf eine universelle Kraft wie das Tao oder einen systemimmanenten Gottesbegriff (anstelle eines personalen Gottes ausser- und oberhalb). Man kann diese Energien

²²⁰ Mayer, H. (2009): Die spirituelle Dimension pflegerischen Handelns. In: Körtner, H.J. & Kopetzki, Ch. (Hrsg.), Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin, S. 71-80.

²²¹ Stevens Barnum, B. (2002): Spiritualität in der Pflege, S. 27 ff.

²²² Watson, J. (1996): Pflege, Wissenschaft und menschliche Zuwendung, S. 68.

*aber auch rein wissenschaftlich betrachten – als ein offenes Feld für weitere wissenschaftliche Forschung“.*²²³

Betrachtet man die Heilungsgeschichten in den Evangelien theologisch, so stellt man fest, dass Christus, entgegen der Darstellung im Zitat, nicht einfach hingeht und kranke Menschen mit seiner heilenden Kraft berührt. Obwohl ihm Allmächtigkeit und Allwissenheit zugeschrieben werden, wird die heilende Kraft dem Kranken nicht „übergestülpt“. Vielmehr wird deutlich, dass die Interpretation der Autorin wesentlich vom persönlichen Glaubens- und Gottesverständnis beeinflusst ist. So stellt Jesus in den Evangelien dem Kranken zunächst einmal die zentrale Frage: *„Was willst Du, dass ich Dir tun soll“?* In dieser Frage sehen wir die Zuwendung und den Respekt in der Begegnung mit dem Leidenden. Christus geht in der Erzählung auf den Leidenden ein und versucht, ihn und seine Sprache zu verstehen. Der Ablauf der Heilungsgeschichten in den Evangelien läuft nicht nach einer bestimmten Theorie oder nach einem festen Muster ab. Stattdessen passen sich Sprache und Handlung der persönlichen Leidensgeschichte des Betroffenen an. So wird die von der Gesellschaft über viele Jahre ausgeschlossene blutflüssige Frau im Lukasevangelium von Jesus mit den Worten angesprochen: *„Gehe hin meine Tochter, dein Glaube hat Dir geholfen“*. Dabei findet Heilung in den verschiedenen Erzählungen der Evangelien nicht nur auf körperlicher, sondern zugleich auch auf geistig-seelischer Ebene statt.

Einfluss der New Age Bewegung auf das Spiritualitätsverständnis

Nach holistischem Verständnis wird Spiritualität als Grundlage pflegerischen Handelns betrachtet. Jedoch wird die Auffassung „ganzheitlicher Pflege“ durchaus auch kritisch diskutiert. Ganzheitliche Pflege vereinigt zwei Komponenten seitens der Pflegenden, die nicht getrennt voneinander betrachtet werden können: das „Handeln“ und das „Sein“. In der Pflegeliteratur orientiert sich das pflegerische Handeln am Patientenbedürfnis. Analog zu den verschiedenen Spiritualitätsdefinitionen ist das Verständnis von Spiritualität an das eigene Weltbild gekoppelt und häufig mit positiven Variablen konnotiert, was Spiritualität in einen Zusammenhang mit psychischer Gesundheit bringt. Oft wird in pflegewissenschaftlichen Publikationen das Konzept des „good death“ propagiert, das Friede, Harmonie und Well-Being als besondere Werte in der Begleitung von sterbenden Patienten hervorhebt. Dieses harmonisierte Spiritualitätskonzept wird nicht selten klar von ethischen Handlungsnormen abgegrenzt:

„Bei Ethik denkt man an Normen und Verhaltensregeln, bei Spiritualität an eine Lebensführung im Lichte bestimmter Erfahrungen und Überzeugungen mit Bezug auf einen höheren Sinn. Spiritualität ist assoziiert mit positiven, d.h. wohlmeinenden Kräften und Entscheidungen...“

„Es besteht die Tendenz, die Ethikdiskussion im Kontext konkreter Probleme und Schwachstellen zu führen, bezogen auf Situationen, in denen die Pflegekraft falsch reagieren könnte. Spiritualität

²²³ Stevens Barnum, B. (2002): Spiritualität in der Pflege, S. 180.

hingegen bezieht sich auf freudige Erfahrungen seelischen Wachstums und die Verbindung zu einem wie auch immer vorgestellten höheren Gut“.²²⁴

Diese Anbindung an Ideologien des New Age wirft die Frage auf, ob die christliche Religion nun durch die neue Religion des New Age abgelöst wird – und was geschieht, wenn Patienten ihre Religion lieber selbst bestimmen? Da das Spiritualitätsverständnis durch das eigene Weltbild, den biographischen Hintergrund, die Kultur, das soziale Umfeld und die Bildung geprägt wird, kann es vorkommen, dass Patient und Pflegekraft sehr unterschiedliche Sprachen und Ausdrucksformen haben, belastende Lebensereignisse zu transzendieren. Um in kompetenter Weise auf spirituelle Bedürfnisse von Patienten einzugehen, sind eine differenzierte Selbstwahrnehmung und die Auseinandersetzung mit dem, was das eigene Weltbild geprägt hat, unerlässlich. Wie die Auseinandersetzung mit der pflegewissenschaftlichen Literatur zeigt, scheint es diesbezüglich in der Pflege bislang kaum wissenschaftliche Auseinandersetzungen zu geben. So beschränken sich pflegerische Interventionen oftmals darauf, theoretische Modelle oder spirituelle Assessmentinstrumente zu kennen und beim Patienten „anzuwenden“.

Zusammenfassende Charakteristika des pflegerischen Spiritualitätsverständnisses:

Zusammenfassend lassen sich die folgenden typischen Charakteristika für das Spiritualitätsverständnis von Pflegefachpersonen festhalten:

- Emanzipation von der „Knechtschaft“ der christlichen Glaubensgemeinschaften und deren Geschlechterrollen
- Distanzierung von Formen von Verbindlichkeiten, was den Eindruck von Offenheit und Verständnis gegenüber allen religiös-spirituellen Glaubenseinstellungen vermitteln soll
- starke Prägung von New-Age-Ideologien vs. Mischung aus Einflüssen verschiedener religiöser Traditionen
- Loslösung der spirituellen Dimension von der Medizin und Ethik
- ausschliesslich positive Konnotation von Spiritualität

Die Verankerung von Spiritualität in den Pflege-theorien nach Newman und Watson

Aktuell gibt es bislang nur wenige Beispiele der konkreten Verankerung von Spiritualität in den Pflege-theorien. Eine Pflege-theorie besteht aus einem *Inhalt* als Gegenstand der Theorie, einem *Prozess* mit zugeordneten Pflegediagnosen, dem Kontext der Pflegekultur sowie den im Pflegeprozess zu erreichenden *Zielen*. Analog zur evidenzbasierten Medizin, sollen Pflegediagnosen (wie z.B. eine Wunde oder Schmerzen) im pflegerischen Prozess gelindert oder geheilt werden. Wenn man verschiedene Zitate aus den Pflege-theorien von Jean Watson und Margaret Newman betrachtet, so stellt man fest,

²²⁴ Ebd., S. 113.

dass Spiritualität ein zentraler Bestandteil der Pflegetheorie ist. Nach Watsons Verständnis handelt es sich bei einer Krankheit um eine „Disharmonie“, welche durch „Selbstverwirklichung“ geheilt wird. Ihr Modell zeigt Parallelen zur transpersonalen Psychotherapie, die sich in ihrem Spiritualitätsverständnis an östliche Religionen anlehnt. Im pflegerischen Prozess geht es in der Theorie Watsons darum, dass der Patient und die Pflegekraft an einer Verbesserung der Harmonie und „harmonischen Verbundenheit“ arbeiten, um die Erkrankung loszuwerden.

*„Der Mensch hat ein Grundbestreben: Sein wahres Selbst zu verwirklichen, indem er den spirituellen Kern seines Selbst verwirklicht und – im höchsten Sinne – gottähnlicher wird. Ausserdem strebt jeder Mensch nach Harmonie von Körper, Geist und Seele, um sein wahres Selbst weiter zu integrieren und zu entfalten. Je gründlicher man das eigene Selbst zu erfahren vermag, desto grösser wird die Harmonie von Körper, Seele und Geist – und desto gesünder wird man“.*²²⁵

Analog zu Watson gründet auch Newmans Pflegetheorie auf dem Konzept der harmonischen Verbundenheit, welches an das Gedankengut des New Age angelehnt ist:

*„Wenn wir also Krankheit als etwas Getrenntes betrachten, etwas zu Vermeidendes, zu Verminderndes oder gar zu Beseitigendes, könnten wir damit gerade den Faktor ausgrenzen, der im Lebensprozess der Person jenen Wandel auslösen kann, den sie natürlicherweise anstrebt“.*²²⁶

„Das Leben entwickelt sich zu höheren Ebenen des Bewusstseins; die komplementären Kräfte der Ordnung und Unordnung erhalten ein fluktuierendes Feld aufrecht, das sich periodisch selbst transzendiert, und dann transformiert auf höherem Niveau weiter arbeitet...“ (S. 43)

„Am einen Ende des Spektrums interagiert der Mensch mit Tieren und Pflanzen, am anderen Ende mit Astral und Geistwesen. Alles Bewusstsein ist Gott teilhaftig (S. 35)

Diese verschiedenen Beobachtungen führen zur Schlussfolgerung, dass die Integration von Spiritualität auf der Ebene einer Pflegetheorie sehr problematisch ist. Obwohl die verschiedenen Theorien eine Offenheit gegenüber allen Religionen und Weltanschauungen suggerieren, beruht das pflegerische Spiritualitätsverständnis wesentlich auf Konzeptionen von Harmonie und Well-Being. Dies steht im Gegensatz zur Kritik an den Konzeptionen des Good Death. So gibt es immer wieder Patienten, die bekräftigen, dass ihr Lebensende keinesfalls harmonisch verlaufen solle. Denn eine solche Harmonie

²²⁵ J. Watson (1996), Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung, S. 31ff.

²²⁶ M.A. Newman (1986). Health an expanding consciousness, S. 20.

würde ihrem Lebenslauf und ihren Lebenserfahrungen widersprechen. Daher gilt es darauf zu achten, dass einem schwerkranken Patienten nicht ein New-Age Spiritualitätskonzept übergestülpt wird.

Integration von Spiritual Care in das pflegerische Handeln

Aktuell stellt sich in der Pflege in Bezug auf Spiritual Care die Frage, ob es ein Nebeneinander konkurrierender Einstellungen geben kann – oder ob sich die Pflege von der Medizin und Seelsorge abkoppeln und eigene Konzepte mit „anderen“ Wertesystemen aufbauen soll? Eine solche Entwicklung wäre aus verschiedenen Gründen bedenklich: Einerseits widerspricht sie den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen einer multikulturellen Gesellschaft und den Bestrebungen der letzten Jahrzehnte, die Pflege von der „Knechtschaft“ einer einzigen Religion zu „befreien“.²²⁷ Andererseits propagiert die Weltgesundheitsorganisation den Einbezug von Spiritualität in das bio-psycho-soziale Behandlungsmodell, was eine enge Verbindung von Spiritualität, Medizin und Ethik erfordert. Gordons Diagnose-liste²²⁸ nimmt Bezug auf die von der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) zusammengestellte Liste von Pflegediagnosen, welche auch das spirituelle Leiden (PD: seelische Verzweiflung oder Spiritual Distress) berücksichtigt. Der Übergang von natürlichen Trauerreaktionen, Spiritual Distress, sowie klinisch bedeutsamen Depressionen und Angststörungen, zeigt sich in der Praxis oft als fließender Prozess. Dabei können sich Stressbelastungen nicht nur in negativer Weise auf die Patienten, sondern rückwirkend auch auf das medizinische Behandlungsteam auswirken. In der Burnout-Prävention sind daher eine sorgfältige Analyse der verschiedenen Wahrnehmungsebenen und deren Einfluss auf die Entscheidungsfindung in der medizinischen Behandlung unerlässlich. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Bedeutungs- und Sinnfindungsprozesse sprachliche und zwischenmenschliche Interaktionsprozesse sind, die nicht in pragmatischer Weise simplifiziert werden können. In diesem Sinne sind die verschiedenen Wahrnehmungsperspektiven im interprofessionellen Austausch von grosser Bedeutung.

5.2.3 Objektivierung des Phänomens Spiritualität in der Psychologie

Religiöse Menschenbilder sind auf den Austausch mit anthropologischen Grundlagen anderer Wissenschaften angewiesen. Inzwischen sind soziologische und psychologische Erkenntnisse selbstverständliche Bestandteile der westlichen Kultur geworden. Wie Klessmann betont, müssen sich Deutungsversuche des Menschen aus Sicht der Religion im Dialog mit den Nachbarwissenschaften bewähren.²²⁹ Da auch die empirischen Wissenschaften im Bereich ihrer anthropologischen Grundannahmen auf vorwissenschaftlichen Annahmen beruhen, die nicht im strengen Sinne empirisch geprüft werden können,

²²⁷ Mayer, H. (2009): Die spirituelle Dimension pflegerischen Handelns. In: Körtner, U. & Kopetzki, Ch. (Hrsg.). Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin, S. 71.

²²⁸ M. Gordon (1994), Pflegediagnosen, S. 10ff.

²²⁹ Klessmann, M. (2006): Pastoralpsychologie. Ein Lehrbuch. 3. Auflage, S. 118.

ist ein bewährter Dialog zwischen der Theologie und ihren Nachbarwissenschaften von zentraler Bedeutung. Im Vergleich mit der Medizin und Pflege gibt es in der Spiritual Care Forschung bislang kaum Beiträge aus der Psychologie. Deshalb beabsichtigt das vorliegende Kapitel, die Spiritualitätskonzeptionen der verschiedenen psychotherapeutischen Richtungen herauszuarbeiten.

Haltung der Psychoanalyse gegenüber der Religion

Aus psychologischer Sicht steht Spiritualität in enger Verbindung mit der Sinnfindung und Entwicklung des eigenen Selbst. So war es vor allem die Auseinandersetzung mit der Neuroselehre in der Psychopathologie, welche in der Psychoanalyse Anlass zu verschiedenen Untersuchungen zum Selbst und zu den Einflussfaktoren in der psychosozialen Entwicklung gegeben haben. Dabei lassen sich sowohl Parallelen als auch gegenläufige Entwicklungen in der Psychoanalyse und Theologie entdecken. Dies vor allem deshalb, weil Gottesbilder in enger Wechselwirkung mit den Selbstbildern eines Menschen stehen. Den grössten Einfluss auf die Theologie und Religionspsychologie hatten die Konzepte Freuds und Jungs. So wurde der Wandel vom kerygmatischen zum therapeutischen Verständnis wesentlich durch die Freud'schen Konzeptionen des Unbewussten beeinflusst. In Freuds Modell vermittelt das ICH der Person zwischen dem ES (Triebe) und ÜBERICH (Gewissen), welches den Kontakt zur Aussenwelt herstellt und aufrechterhält. Entgegen der religiösen Tradition, das Es unter Kontrolle zu bringen und zu unterdrücken, werden die Triebe bei Freud mit einer positiven Bedeutung versehen. Freud vergleicht das Verhältnis von Ich und Es mit dem des Reiters zu einem Pferd. Während das Pferd die Energie erzeugt, fällt dem Reiter das Vorrecht zu, das Ziel zu bestimmen und die Bewegung des Tiers zu leiten.²³⁰ Dabei kommt der Vernunft in Freuds Theorie eine wichtige Bedeutung zu. Höhere Geistigkeit wird verstanden als psychologisches Ideal, das durch Vernunft und Gewissen kontrolliert wird. Für Freud beruht die menschliche Vernunft auf zwei Stützen: auf der Beherrschung der Natur und auf der Beherrschung der Triebe.

Wie Susanne Heine festhält, ist in Freuds Haltung gegenüber der Religion ein Schwanken zu beobachten. Während Freuds These von der Religion als Zwangsneurose weitherum bekannt ist, können Freuds Konzeptionen auch als Mittel zum Triebverzicht verstanden werden.²³¹ Von seinen kirchlich-theologischen Gegnern ist Freud oft vorgeworfen worden, seine Psychoanalyse sei im Grunde eine mechanische und biologistische Naturwissenschaft, die für die Theologie nicht zu gebrauchen sei. Freuds objektivierende und naturwissenschaftliche Sprache „des psychischen Apparats“ legt eine solche Schlussfolgerung nahe, obwohl in seiner Sprache auch eine Bewegung zwischen der Sprache des Empirischen und der Philosophie zu finden ist. Paul Tillich hat davon gesprochen, dass die Psychoanalyse mit ihrem

²³⁰ Freud, S. (1933): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, S.12ff.

²³¹ Heine, S. Die Seele ist ein weites Land. Die Psyche im Wechsel der Menschenbilder. Notizen zum Vortrag vom 31.5.2015 im Haus der Religionen, Bern.

Menschenbild die christliche Theologie wieder an die dämonischen Strukturen im Menschen erinnert, weil sie den naiven und optimistischen Glauben an die bewusste, freie und auf das Gute gerichtete Entscheidungsfähigkeit des Menschen in Frage stellt.²³² Im Gegensatz zu einem Triebverzicht auf der Ebene höherer Geistigkeit hält das christliche Menschenbild fest, dass der Mensch nur durch den christlichen Glauben an Kreuz und Auferweckung zu neuem, befreiten Leben aus der Liebe Gottes befähigt werde. So ist dem psychologischen Verständnis, dass der Mensch aufgrund des Fortschritts seiner Geistigkeit zur Unterdrückung der Triebe fähig ist, der christliche Glaube gegenübergestellt, der den Menschen unter die Gnade Gottes stellt.

Bezug der Ich-Psychologie Eriksons zu Sinnfindungsprozessen und Ethik

In der Ich-Psychologie Eriksons wird das ICH nicht mehr von einem „primären Antagonismus“ zwischen ES und ICH, sondern von einem synthetisch-integrativen Verhältnis der beiden Instanzen her verstanden. Diese epigenetische Theorie hat ihr Zentrum im Identitätsbegriff²³³ und ist im Religionsunterricht und in der Seelsorge oft rezipiert worden. Im Verlauf einer krisenhaften psychosozialen Entwicklung steht die Identität in der Interaktion mit anderen Personen. Die Entwicklungsstadien werden von Erikson mit bipolaren Begriffspaaren gekennzeichnet (z.B. Urvertrauen vs. Urmisstrauen). Als symbolische Konstruktion wird Identität bestimmt von einem ideologischen *„System von Ideen,... das ein überzeugendes Weltbild bietet“*.²³⁴ Mit dem Begriff der Identität entsteht ein Grenzbegriff, der intrapsychische und intersubjektive Aspekte, innen und aussen, Autonomie und Zugehörigkeit miteinander verbindet. Zugleich entwickelt Erikson aus seiner Sozialpsychologie eine Ethik, indem das aus entwicklungspsychologischer Perspektive Wünschenswerte und Angemessene auch als Normativ angesehen wird. Dabei wird jeder Entwicklungsphase eine Tugend zugeschrieben, die nach Möglichkeit erreicht werden soll.²³⁵ Wie Klessmann zeigt, mündet Eriksons Ethik in eine tiefe Wertschätzung der generativen Wechselseitigkeit und Fürsorge. Diese Verbindung von generativem Sinnfindungsprozess und Ethik erweist sich ebenfalls für die Ausgestaltung der Spiritual Care als sehr bedeutsam. Analog dazu kennzeichnet Erikson die siebte Entwicklungsphase mit dem Begriffspaar „Generativität vs. Stagnation“. In dieser Phase prägt sich die Fähigkeit zur Fürsorge für die eigenen Kinder aus. Im Vergleich zur Triebpsychologie Freuds wird der Mensch in der Ich-Psychologie nicht mehr ausschliesslich von seinen Trieben her verstanden, sondern als einer, der aufgrund seiner Handlungsfähigkeit in der Lage ist, sich seiner Umwelt anzupassen. Dadurch treten das Ich und seine vernunftbezogenen Fähigkeiten stärker in den Vordergrund, während die abgründige Konflikthaftigkeit im Dunkeln bleibt.²³⁶

²³² Tillich, P. (1970): Der Einfluss der Psychotherapie auf die Theologie. Ges. Werke VIII. Stuttgart, S.324.

²³³ Erikson, E. H. (1971): Kindheit und Gesellschaft, S.24ff.

²³⁴ Ebd., S. 25.

²³⁵ Klessmann, M. (2006): Pastoralpsychologie. Ein Lehrbuch. 3. Auflage, S. 146.

²³⁶ Ebd., S. 145.

Die Archetypen und Entfaltung des Selbst in der Psychologie nach C.G. Jung

Im Vergleich zu Freud und Erikson war C.G. Jung nicht so sehr an der objektivierenden wissenschaftlichen Erfassung psychischer Phänomene interessiert, sondern an der subjektiven oder auch mythologischen Beschreibung der beobachtbaren Vielfalt psychischer Prozesse. Dabei ist sein anthropologisches Verständnis wesentlich durch seine persönliche Entwicklung geprägt. Wie Freud sieht auch Jung den Menschen bestimmt von bewussten und unbewussten seelischen Prozessen, jedoch in einer anderen Ausrichtung. Während es Freud in der Therapie darum ging, möglichst viel Inhalt aus dem Unbewussten dem Ich zuzuführen, versteht Jung das Bewusste und Unbewusste als zwei kommunizierende Systeme, die eine kompensatorische Funktion haben.²³⁷ So geht es in der Jung'schen Psychotherapie darum, wieder zu einem Gleichgewicht zwischen Bewusstem und Unbewusstem zu kommen und letztendlich das zu erreichen, was Jung unter der ganzheitlichen Entwicklung und Entfaltung der Person als Selbst versteht. Dieses Selbst ist deutlich zu unterscheiden vom ICH, das von Jung als Zentrum des Bewusstseins gedeutet wird. Die Jung'sche Psychotherapie hat zum Ziel, die Individuation des Menschen voranzubringen. Mit dem Begriff ist ein Vorgang gemeint, der die Einzelnen aus kollektiven Vorgaben löst und die „*Entwicklung der individuellen Persönlichkeit zum Ziel hat*“.²³⁸ Der Mensch soll zu dem werden, was er ist. Er soll die Fülle der Lebensmöglichkeiten ausschöpfen, aber auch lernen, die jeweiligen Grenzen zu akzeptieren.

Über das persönliche Unbewusste hinaus, das aus vergessenen und verdrängten Inhalten besteht, postuliert Jung ein kollektives Unbewusstes im Menschen. Dieses kollektive Unbewusste ist für Jung angefüllt mit Archetypen, die als unbewusste Wahrnehmungsstrukturen an Konstanten des Erlebens, Verarbeitens und Verhaltens gebunden sind. Diese Archetypen kommen in Symbolen, Träumen, Phantasien, Kunst und Religionen zum Ausdruck. Jung sieht in den Archetypen die Qualität von Kraftquellen mit numinoser Wirkung. Überzeugt vom Wert östlicher Weisheit, versteht Jung die Natur als energetisches Zentrum. Nach seinem Verständnis ist das Böse keine moralische Kategorie, sondern in der Natur enthalten als Polarität von gut und böse, von sowohl als auch. Dabei geht Jung von einem ontologischen Weltverständnis aus, das philosophisch, jedoch nicht empirisch beschrieben werden kann. Obwohl Jung, aus der östlichen Philosophie, die Erkenntnis als passives Empfangen versteht, kann er mit einer personalen Gottesfigur nichts anfangen. Er kann von Gott nur sprechen im Blick auf die Bilder, die Menschen von ihm haben, und wie sie mit diesen Bildern umgehen.

Als Psychologe kann Jung weder Glaubensaussagen über Gott machen noch Gott ein transzendentes Sein zubilligen. Stattdessen will seine Psychologie dem Menschen die Kunst des Sehens beibringen, damit er offen wird für die Bilder, die ihm das Unbewusste mitteilen will. „Religio“ heisst für Jung die

²³⁷ Jung, C. G. (1963): *Erinnerungen, Träume und Gedanken*. Gesellschaft für Analytische Psychologie DGAP.

²³⁸ Jung, C. G. (1967): *Psychologische Typen*, GW 6. Zürich/Stuttgart: Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie DGAP.

Rückbindung an die eigenen, unbewussten Triebkräfte. So geschieht die Begegnung mit dem Göttlichen in der Begegnung mit dem eigenen „Selbst“. Die Transzendenzvorstellung der Transpersonalen Psychologie Jungs geht im Wesentlichen von einer Einbettung des Menschen in einen kosmischen Raum aus. Die betrachteten Erfahrungen beinhalten u. a. Mystik, Epiphanie, veränderte Bewusstseinszustände und Trance. Diese Bewegung der Transpersonalen Psychologie war im weitesten Sinne eine Antwort auf die „Rationalität“ kognitiv-behavioraler Behandlungsmethoden, durch die der Einbezug der spirituellen Dimension immer mehr in Vergessenheit geraten ist.²³⁹ So propagieren ihre Vertreter, dass besondere Erfahrungen oder Bewusstseinszustände, die spirituell oder religiös gedeutet werden, mit in die Forschung und in die therapeutische Praxis einbezogen werden sollen. Die Transpersonale Psychologie geht von einem monistischen Weltbild aus, in dem alle Erscheinungen und Ereignisse als Ausdruck einer einzigen universellen Lebensenergie gedeutet werden.²⁴⁰ Dabei verfolgt die Transpersonale Psychotherapie das Ziel, den häufig krisenhaft verlaufenden Weg vom persönlichen Ich-Bewusstsein zu einem „transpersonalen Bewusstseinszustand“ zu begleiten, der als unmittelbares Erleben der Seele verstanden wird und sich in sogenannt „spiritueller Verbundenheit“ äussert. Analog zur Seelsorge tauchen auch hier die Begriffe „Absichtslosigkeit“, „Präsenz“ und „Freiheit“ auf, die sich als Ungebundenheit vom „Diesseits“ versteht.

Anlehnung der Humanistischen Psychologie an die fernöstliche Philosophie

Die Humanistische Psychologie hat durch ihre Anlehnung an Kierkegaard, Heidegger und Sartre wesentliche Impulse durch den europäischen Existentialismus erhalten.²⁴¹ Sie knüpft an Ansätze aus der fernöstlichen Philosophie (Zen und Taoismus), der Psychoanalyse und der Gestaltpsychologie. In der Auseinandersetzung mit der Sinnfindung und der Bedeutung zwischenmenschlicher Beziehungen zeigen sich Parallelen zur Religionsphilosophie Martin Bubers. Die Humanistische Psychologie ist vor allem durch ihren Vertreter Carl Rogers bekannt, der mit der Gesprächspsychotherapie versucht hat, die klassische asymmetrische Beziehungsstruktur zwischen Patient und Therapeut zu reduzieren oder gar aufzulösen. Analog zur Seelsorge wird der Patient zum Partner, und in eigenverantwortlicher Weise „Klient/in“ genannt. In dieser Form passte die Humanistische Psychologie zur Gesellschaftskritik der 1968er Jahre, indem sie in der Zeit des Kalten Krieges ein Gegenbild vom Menschen und seinen konstruktiven Möglichkeiten entwirft.²⁴² Dadurch zeigt sich, wie eng die Psychotherapeutischen Schulen mit den gesellschaftlichen und politischen Ereignissen verbunden waren. Dies führt zu einer Erweiterung und Differenzierung der zugrundeliegenden Anthropologie durch die Annahme, dass der Mensch ein Wesen aus Körper-Seele-Geist ist, welches durch sein ökologisches und soziales Umfeld geprägt

²³⁹ Miller, J. (1998): Book Review: Textbook of Transpersonal Psychiatry and Psychology. In: *Psychiatric Services* (49), S. 541–542.

²⁴⁰ Galuska, J. (2003): Der weite Raum hinter den Dingen. In: *Connection 2*, S. 22.

²⁴¹ Ebd.

²⁴² Ebd., S. 168 ff.

ist. Für Rogers lebt der Mensch auf „Autonomie und Reife“ hin, indem er auf Selbstverwirklichung, Entfaltung und Erfüllung seines Lebens zielt. So versteht er es als wesentliches Ziel der Psychotherapie, den natürlichen Wachstumsprozess wieder zu befreien, damit Menschen neu zu sich selbst finden und sich verwirklichen können. Wie Klessmann verdeutlicht, zeigt sich auch in der Humanistischen Psychologie eine gewisse Harmonisierungstendenz, welche allzu schnell über Konflikte hinweg sieht und die Tatsache ausblendet, dass die eigenen Bedürfnisse im Konflikt mit den Bedürfnissen der Mitmenschen stehen können.²⁴³ Dies macht deutlich, dass die Entwicklung des eigenen Selbst, die häufig als spiritueller Prozess beschrieben wird, nicht losgelöst von ethischen Fragen betrachtet werden kann.

Spirituelle Selbsttranszendenz nach Rogers

Die Auseinandersetzung mit Rogers zeigt, dass seine Gesprächstechnik zwar in die seelsorglichen Konzeptionen eingegangen ist, diese jedoch nicht im Gesamtkontext der gesellschaftlichen Revolution der 1968er Jahre diskutiert wird. Dies lässt sich dadurch erklären, dass es zwischen dem Menschenbild der Humanistischen Psychologie und den christlichen Vorstellungen vom Menschen kaum Berührungspunkte gibt. Während die christlichen Vorstellungen den Menschen mit Begriffen wie Zerrissenheit, Sünde, Entfremdung und Gnade in Verbindung bringen, fokussiert die Humanistische Psychologie auf das kreative und positive Entfaltungspotential. Im Christentum werden Wachstum und Entwicklung weitgehend als göttlicher Akt der Gnade aufgefasst, wogegen nach humanistisch-psychologischem Verständnis die konstruktive Wachstumskraft dem Innern des Menschen entspringt. Dieser anthropologische Optimismus steht in einem Gegensatz zur christlichen Sündenlehre einer gefallenen Geschöpflichkeit, die nur durch die göttliche Gnade aus ihrer Gefangenschaft erlöst werden kann. In experimentellen Studien wird versucht, Messverfahren und bewährte Theorien zur Objektivierung des Phänomens der „spirituellen Selbsttranszendenz“ heranzuziehen. Dabei wird Spiritualität entweder als „eigenständiger Intelligenzbereich“ oder als „sechster stabiler Persönlichkeitsfaktor“ betrachtet. Unter spiritueller Intelligenz wird die Fähigkeit definiert, veränderte Bewusstseinszustände zu erfahren, spirituelle Ressourcen zur Problemlösung einzusetzen und Handlungen wertorientiert auszurichten. So untersuchen einige psychologische Studien die befreiende Wirkung des Verzeihens, die stabilisierenden Funktionen von Dankbarkeit, sowie die Widerstandskraft von Hoffnung und Vertrauen. Dabei wird deutlich, dass eine einseitige Reduktion von Spiritualität auf die menschliche Intelligenz und Persönlichkeit viel zu kurz greift, indem sie der Auseinandersetzung mit dem, was über das menschliche Vorstellungsvermögen hinausgeht, geschickt ausweicht.

²⁴³ Klessmann, M. (2006): Pastoralpsychologie. Ein Lehrbuch. 3. Auflage, S. 170ff.

An Gehirnfunktionen gebundenes mystisches Erleben in der Neuropsychologie

Wie die Auseinandersetzung mit der Neuropsychologie zeigt, gibt es inzwischen Versuche, mystisches Erleben an die Gehirnfunktionen zu binden und mittels Computertomographie zu untersuchen. So ist gemäss neuropsychologischem Verständnis jede Wahrnehmung von einem individuellen und autonomen Gehirn erzeugt. Wie eine deutsche Studie zeigt,²⁴⁴ gehen die Forscher beim religiösen Erleben von einem kognitiven Prozess aus, in dem der dorsolaterale, dorsomediale, präfrontale und mediale parietale Cortex aktiviert werden. Entgegen den Erwartungen der Forscher wird das limbische System beim religiösen Erleben kaum aktiviert. Dies führt die Neuropsychologen und Neurobiologen zur Schlussfolgerung, dass das religiöse Erleben kein emotionaler, sondern ein kognitiver Prozess sei. In der Auseinandersetzung mit dem Spiritualitätsthema lässt sich in der Psychologie auch ein Spannungsfeld zwischen verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologischen Konzepten beobachten. Während die Verhaltenstherapie ihren Fokus auf die Veränderung von messbaren Verhaltensweisen und Einstellungen beschränkt, gilt das Hauptinteresse der Tiefenpsychologie den „verborgenen“ und „unbewussten“ Wünschen und Bedürfnissen. Diese Offenheit für den „transpersonalen Bewusstseinszustand“ und die Integration existentiell-spirituelle Bedürfnisse, galt sowohl in der Psychologie als auch in der Medizin lange Zeit als unvereinbar mit der evidenzbasierten Forschung. So bildeten sich mit der transpersonalen und psychoanalytischen Psychotherapie sowie der Alternativmedizin eigene Fachbereiche, in denen es kaum Kooperationen mit der evidenzbasierten Medizin und Verhaltenstherapie gab.

5.2.4 Studienergebnisse zum Spiritualitätsverständnis von Fachpersonen in der klinischen Praxis

Nach der Auseinandersetzung mit den wichtigsten theoretischen Konzeptionen aus der Seelsorge, Medizin, Pflege und Psychologie, stellt sich nun die Frage nach dem Spiritualitätsverständnis von Fachpersonen in der Praxis. Von August bis Oktober 2013 wurden, im Rahmen einer Vorstudie zum SNF-Projekt, insgesamt 30 qualitative Interviews mit ÄrztInnen, Pflegefachpersonen und Spitalseelsorgenden geführt. Zur Verbesserung der Interrater-Reliabilität wurden einzelne Interviews in Zusammenarbeit mit einer Doktorandin in Religionswissenschaft der Universität Zürich ausgewertet. Da sich das computerbasierte ATLAS.ti Programm zur Generierung von Modellen und Theorien aus einem grossen Datensatz sehr gut eignet, wurden die Interviews mit ATLAS.ti ausgewertet und analysiert. Somit beziehen sich die im Anschluss beschriebenen Studienergebnisse auf die Analyseergebnisse der 30 narrativen Interviews. Die Datenanalyse ergab insgesamt 124 verschiedene Codes, die sich in folgenden Kategorien zusammenfassen lassen: Einflussfaktoren auf die Ausgestaltung von individueller

²⁴⁴ Azari, N.P., Nickel, J., Wunderlich, G., Niedeggen, N., Hefter, H., Tellman, N., Herzog, H., Stoerig, P., Birnbacher, D. & Seitz, R.J. (2001): Short Communication. Neural correlates of religious experience. In: *European Journal of Neuroscience* (13), S. 1649–1652.

Religiosität/Spiritualität, religiös-spirituelle Praktiken, Auswirkungen individueller Religiosität/Spiritualität auf die interprofessionelle Zusammenarbeit und deren Verhältnisbestimmung.

Einflussfaktoren auf die Ausgestaltung von individueller Religiosität/Spiritualität

Soziokulturelles Milieu

Sowohl in der Schweiz als auch in Europa haben im 21. Jahrhundert wesentliche gesellschaftliche und medizinische Entwicklungen stattgefunden. Es lässt sich beobachten, dass das Interesse an Spiritual Care in den letzten drei Jahren vor allem bei den medizinischen Berufsgruppen stark gewachsen ist. So gehören Auseinandersetzungen mit dem Sinn des Lebens und mit existenziellen Fragen längst nicht mehr in den Zuständigkeitsbereich der Philosophie und Theologie. In diesem Sinne müssen das Interesse und der Durchsetzungserfolg der noch jungen Disziplin Spiritual Care auf der Grundlage gesellschaftlicher Entwicklungen verstanden werden. Analog zur Studie von Stolz et al. (2014) lassen sich in den Interviews Vertreter der vier grossen Milieus „Institutionelle“ (traditionell und freikirchlich christlich), „Alternative“ (alternative Spiritualitätsformen, Esoterik), „Säkulare“ (indifferent oder religionsfeindlich) und „Distanzierte“ (Religion ist nur in bestimmten Situationen bedeutsam) erschliessen. Interessant ist nun die Verteilung dieser Milieus bei den verschiedenen Berufsgruppen:

1. Spitalseelsorge: Obwohl Seelsorgende für die Institution Kirche arbeiten, bedeutet das noch lange nicht, dass sie in ihrem Privatleben auch in eine kirchliche Institution eingebunden sind. So kann es in der heutigen Zeit nicht mehr als selbstverständlich vorausgesetzt werden, dass SeelsorgerInnen eine religiöse Sprache sprechen. Daher erscheint es fraglich, ob sie der Gruppe der „Institutionellen“ oder „Traditionellen“ zuzuordnen sind. Analog zur gesellschaftlichen Entwicklung, lässt sich bei der jüngeren Generation eine grössere Distanz zur Institution Kirche, nicht jedoch zur biblisch-christlichen Tradition feststellen. Wie sich in der Auswertung gezeigt hat, gehört ein nicht unerheblicher Teil der interviewten SpitalseelsorgerInnen der alternativen Bewegung an, die sich mit alternativ-religiösen Spiritualitätsformen (wie z.B. Yoga, Atemtherapie oder Arbeit mit Energiezentren) beschäftigen.

2. ÄrztInnen: Die meisten der interviewten ÄrztInnen sind der Gruppe der Distanzierten oder Säkularen zuzuordnen. Dabei scheint in der Medizin die Auseinandersetzung mit den Themenbereichen Ethik und Humanismus von prägender Bedeutung zu sein. Ein besonderes Interesse gilt auch philosophischen oder wissenschaftlich-theologischen Auseinandersetzungen. Wie sich bei der Gruppe der ÄrztInnen zeigt, wird eine deutliche Unterscheidung zwischen Religion und Kirche gemacht. In diesem Sinne bezeichnen sich einige ÄrztInnen durchaus als religiös, ohne eine kirchliche Zugehörigkeit zu haben.

3. Pflegefachpersonen: Ein grosser Teil der interviewten Pflegefachpersonen gehört der Alternativen Bewegung an. So bauen einige Weiterbildungen in Spiritual Care für Pflegefachpersonen auf alternativ-

religiösen Spiritualitätsformen (wie z.B. Polarity etc.) auf. Ein weiterer Teil der Pflegenden ist dem säkularen, seltener dem distanzierten Milieu zuzuordnen.

Religiöse Erziehung/ Prägung durch Gemeinschaften und Bezugspersonen

Als bedeutsame Einflussfaktoren in Bezug auf die religiös-spirituelle Prägung erwiesen sich bei den Befragten nahestehende Bezugspersonen. Ob sich die Fachpersonen mit religiösen/spirituellen Themen beschäftigen, ist wesentlich durch den Umgang mit dem Thema Religiosität/Spiritualität der Bezugspersonen bestimmt. Während sich die Erziehung/Bildung vorwiegend kognitiv mit religiös-spirituellen Themenbereichen auseinandersetzt, ist die Prägung durch Bezugspersonen weitgehend emotional bestimmt. Werden religiöse/spirituelle Grundhaltungen von Bezugspersonen in der Kindheit als positiv erlebt, so scheint dies auch einen positiven Einfluss auf das Interesse der Fachpersonen am Thema Religion und Spiritualität zu haben. Es zeigte sich sowohl in einem Ärzte- als auch in einem Seelsorgeinterview, dass Jugendliche auch dann in religiösen Gemeinschaften nach religiösen Werten und Halt suchen, wenn sie diese als Kind in schwierigen Lebenssituationen vermisst haben.

Einfluss kritischer Lebensereignisse und Lebensübergänge auf Sinnfindungs- und Coping Prozesse

Wie sich bei allen Berufsgruppen gezeigt hat, scheint eine hohe Korrelation zwischen Spiritualität und der Suche nach dem Sinn des Lebens zu bestehen. Da kritische Lebensereignisse (wie z.B. Krankheit, Scheidung, Tod eines Kindes oder nahestehenden Angehörigen) bisherige Lebensentwürfe und Zielsetzungen fundamental erschüttern, erfordert die Bewältigung von den Betroffenen hohe Anpassungsleistungen. Wie die Interviews gezeigt haben, scheint die spirituelle Auseinandersetzung mit dem, was im Leben letztlich trägt und zählt, in Lebensübergängen und Lebenskrisen in besonders intensiver Weise zu erfolgen. Dabei zeigten sich in Bezug auf die Coping Strategien grosse Unterschiede zwischen den Berufsgruppen.

In den Interviews mit den Spitalseelsorgenden wurde besonders häufig die Strategie des *Reappraisals* oder der Umdeutung beobachtet. So scheint der Einbezug von religiösen Ritualen in der christlichen Tradition diese Prozesse der Um- oder Neudeutung ganz wesentlich zu unterstützen. Insbesondere waren es die Hiobserzählung, die Emmausperikope und die Passionsgeschichte, welche es den betroffenen Seelsorgepersonen ermöglichte, die eigene Krise nicht in einer Katastrophen-, sondern in einer Heilsgeschichte enden zu lassen. Interessant ist auch, dass diese Erzählungen fast ausschliesslich anhand der Deutung der Heilung geschildert werden. Weiter scheint in der Darstellung der Seelsorgenden das göttliche Gegenüber und Wirken von besonderer Bedeutung zu sein, auf das sich die Seelsorge im Wesentlichen beruft. In diesem Sinne werden biblische Erzählungen meist aus göttlicher Perspektive geschildert. Aus historisch-kritischer Perspektive wäre es, insbesondere für die Hiobsgeschichte, theologisch nachvollziehbar, die Darstellung anthropologisch als Erklärungsversuch des

Leidens aus der damaligen Zeit zu schildern. So gilt die Hiobserzählung in der theologisch-wissenschaftlichen Forschung als Paradestück der jüngeren Weisheit, die das menschliche Leiden nicht mehr als göttliche Strafe im Sinne des Tun-Ergehens-Zusammenhangs deutet. Zugleich scheinen die Erzählungen nicht nur im persönlichen Leben der Spitalseelsorgenden, sondern auch im beruflichen Leben eine Neudeutung zu erfahren. Dieser Prozess des Reappraisals ist im Wesentlichen *external* durch die Hoffnung auf das göttliche Eingreifen oder ein Aufgehoben-Sein im Göttlichen begründet. In diesem Sinne werden religiöse Rituale in der Seelsorge nicht nur zu Quellen von Heilung und Heil, sondern auch zur Quelle von Sinnstiftung im Leiden.

Als weitere interessante Beobachtung lässt sich festhalten, dass nicht nur das *Reappraisal*, sondern volitionspsychologisch auch der *locus of control* in den erzählten Ereignissen der Spitalseelsorgenden häufig *external* liegt. So werden im narrativen Interview geschilderte Ereignisse deutlich seltener als Konsequenz des eigenen Verhaltens oder als persönliche Ressourcen geschildert, als dies bei den medizinischen Berufsgruppen der Fall ist. Dagegen wurde in der Vergleichsgruppe der ÄrztInnen vorwiegend ein *interner locus of control* beobachtet. ÄrztInnen vertrauen im Wesentlichen auf die Erkenntnisse der Naturwissenschaft und der Medizin, über deren Expertise sie verfügen. Als Entscheidungsinstanz tragen sie nicht nur juristisch die Verantwortung für den medizinischen Behandlungsprozess. Auch von Seiten der Patienten und Angehörigen sind es die ÄrztInnen, die für den Erfolg beziehungsweise für einen ausbleibenden Erfolg oder unerwünschte Nebenwirkungen einer Behandlung zur Rechenschaft gezogen werden. Deshalb erfolgt Sinnfindung in den Erzählungen weitgehend über den Rückgriff auf eigene Kompetenzen. Während SeelsorgerInnen in der Krise ihre Hoffnung gehäuft auf das Aufgehoben-Sein im Göttlichen setzten, unterscheiden sich die Spiritualitätskonzepte von ÄrztInnen durch ihre Komplexität, indem zur Problemlösung nicht nur Erkenntnisse aus einem Fachbereich, sondern aus mehreren Fachbereichen hinzugezogen werden. Dies zeigte sich sehr ausgeprägt am Beispiel eines Onkologen, welcher die Wirksamkeit alternativ-religiöser Komplementärtherapien mit der Quantenphysik zu erklären versuchte. Ein kritisches Lebensereignis führte in diesem Beispiel zu einer religiösen und alternativ-spirituellen Auseinandersetzung mit dem Christentum, dem Buddhismus, Schamanismus und dem Okkultismus, deren Lehren immer wieder in den Zusammenhang mit naturwissenschaftlichen Theorien gestellt wurden. Dabei zeigt sich auch in anderen Ärzteinterviews eine Wechselwirkung zwischen dem Prozess der Sinnfindung und der Suche nach Information und kognitivem Wissenserwerb.

Bei den Pflegefachpersonen verläuft die in der Erzählung beobachtete Bewältigung kritischer Lebensereignisse gehäuft über eine Verhaltensänderung. So achten viele Pflegefachpersonen auf einen gesunden Lebensstil, wobei der Schwerpunkt in einer Erweiterung des eigenen Handlungsspielraums liegt. Analog zu ihrer beruflichen Tätigkeit, verfolgen die meisten der befragten Pflegefachpersonen im

Umgang mit persönlichen Krisen einen ressourcenorientierten Ansatz. So werden eigene Ressourcen durch neue Aktions- und Tätigkeitsfelder erweitert, indem *Attributions-* oder Zuschreibungsprozesse an die neue Situation angepasst werden. In diesem Sinne lässt sich festhalten, dass bei den Pflegefachpersonen die Sinnfindung nach kritischen Lebensereignissen gehäuft über eine Anpassung *internal* kognitiver und verhaltensbezogener Coping Strategien erfolgt. Zugleich wurden in den Interviews mit Pflegefachpersonen beide Formen des *internalen* und *externalen locus of control* beobachtet. Während sich die eine Gruppe auf eigene Ressourcen und Handlungsfelder beruft, setzt eine zweite, vorwiegend an alternativ-religiösen Therapien interessierte Gruppe, auf die Wirksamkeit energetischer Kräfte oder Meridiane.

Berufliche Auseinandersetzung mit Tod und Sterben

Bei allen Berufsgruppen zeigte sich, dass der Umgang mit Tod und Sterben im Berufsleben gehäuft zur Auseinandersetzung mit spirituellen Fragen führt. Insbesondere für die Berufsgruppe der Ärzteschaft stellen die Grenzen der Medizin dann eine besondere Herausforderung dar, wenn bei einem jungen Menschen der Tod nicht aufzuhalten ist. Dies setzt einen intensiven Auseinandersetzungsprozess mit ethischen und humanistischen Fragestellungen in Gang. Wie eine Studie von Bützberger²⁴⁵ ergeben hat, halten es insgesamt 80% der auf den Fragebogen antwortenden Schweizer Onkologinnen und Onkologen (bei einem Rücklauf von 33%) für wichtig oder sehr wichtig, die spirituellen Bedürfnisse von Patienten in den medizinischen Behandlungsprozess zu integrieren. Daher ist das Interesse an Spiritualität bei denjenigen medizinischen Fachpersonen, die mit chronisch Kranken oder Krebspatienten arbeiten, im Verhältnis zu chirurgisch spezialisiertem Fachpersonal besonders hoch.

Persönlichkeit, Lebenszufriedenheit und Stimmung

Einen nicht unerheblichen Einfluss scheinen auch Persönlichkeitsfaktoren und die Stimmung auf die Ausgestaltung des individuellen Spiritualitätskonzeptes zu nehmen. So war bei optimistischen Fachpersonen, die über Zufriedenheit mit ihrem privaten und beruflichen Leben berichten, auch das Spiritualitätskonzept vorwiegend positiv konnotiert. Als wichtige Komponenten werden Friede, Wohlbefinden, Lebenssinn und Zufriedenheit genannt. Wird die aktuelle Lebenssituation nicht als zufriedenstellend oder wurde die Stimmung der Fachpersonen als pessimistisch-gedrückt erlebt, so war auch das Spiritualitätskonzept mit weniger positiven Variablen versehen. In diesen Beispielen wurde Spiritualität weniger häufig mit positiven Variablen, sondern mit Beschreibungen wie „Versuchung“ (in Bezug auf Hiob) oder Ausharren in schwierigen Lebenssituationen beschrieben. Diese Korrelation zwischen

²⁴⁵Bützberger, P. Gasser, R., Meffert, C., Caspar, C., Beer, H.J. & Becker, G. (2014): The Spiritual Dimension in Oncology - A Survey among Swiss Oncologists, S. 2ff.

Spiritualität und Variablen psychischer Gesundheit (wie Zufriedenheit und Hoffnung) wurde auch in anderen internationalen Studien berichtet.²⁴⁶

Religiös-spirituelle Praktiken

Als häufigstes Handlungsfeld wird von der Spitalseelsorge die aufsuchende Seelsorge in „absichtsloser Präsenz“ beschrieben, empathisch auf die Bedürfnisse schwerkranker Menschen einzugehen. Daher werden die Anliegen der Seelsorge weitgehend mit altruistischen Formulierungen geschildert. Bei den Interviews fällt auf, dass nur eine Minderheit der interviewten SeelsorgerInnen über die Zugehörigkeit und das Eingebunden sein in eine religiöse Gemeinschaft in ihrem Privatleben berichtet. So scheint das religiös-spirituelle Leben auch bei dieser Berufsgruppe verstärkt „individuell“, durch das Lesen religiös-spirituelle Schriften, durch Gebet, Meditation und weniger durch eine Einbindung in eine kirchliche Gemeinschaft zu erfolgen. Bei allen Berufsgruppen scheint der Bezug zur Natur eine bedeutsame Rolle in der persönlichen spirituellen Auseinandersetzung zu spielen. Auch zeigen sich bei allen Berufsgruppen Beziehungen zur Zen-Meditation, die bei einer hohen Arbeitsbelastung für die Stressreduktion und Selbstfindung in Anspruch genommen wird. Medizinische Fachpersonen formulieren häufiger, in ihrem Leben nach persönlicher Weiterentwicklung zu streben. Wie anhand einzelner Interviews geäußert wurde, bietet das Umfeld der Spitalseelsorge nur wenige Möglichkeiten für berufliche Entwicklung. Stattdessen scheinen sich Spitalseelsorgende häufiger mit Fragen nach Wahrheit und Erkenntnis auseinanderzusetzen, wie sich Glaube und Gott im menschlichen Leben ereignen.

Einfluss von Spiritualität auf die berufliche Tätigkeit

In den Interviews mit den Spitalseelsorgenden fällt auf, dass als Motive für das eigene Handeln häufig biblische Erzählungen genannt werden. So dient das Gleichnis vom barmherzigen Samariter in Lukas 10, 25-37 als Modell für christliche Nächstenliebe und Barmherzigkeit. Dabei zeigt sich, dass das Gleichnis des barmherzigen Samariters ausschliesslich anhand des Modells der Empathie und Barmherzigkeit gedeutet wird. Wie der Neutestamentler Gerd Theissen treffend konstatiert, gibt das Gleichnis jedoch wenig zur Begründung christlicher Hilfsmotivation her. So erzählt das Gleichnis nichts von einem seelsorglichen oder religiösen Zuspruch des Verwundeten, es wird kein Gebet gesprochen, kein Segen erteilt, keine spirituelle Handlung vollzogen. Vielmehr interpretiert Theissen die Erzählung als *„Aufforderung an uns Menschen, die Hilfsmotivation bei allen Menschen zu entdecken und anzuerkennen, indem Hilfsmotivation souverän gegenüber kulturellen und religiösen Grenzen ist“*.²⁴⁷ Bei den ÄrztInnen zeigt sich eine Ausrichtung nach ethischen und humanistischen Wertvorstellungen. Dabei kommt in den

²⁴⁶ König, H.G. (2012): Religion, Spirituality and Health: The Research and Clinical implications. International Scholarly Research Network, *ISRN Psychiatry*, Volume 5, S. 1-33; Reinert, K.G. & König, K.G. (2013): Re-examining definitions of spirituality in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 9, 2013, S. 2622-2634.

²⁴⁷Theissen, G. (2008): Die Bibel diakonisch lesen: Die Legitimitätskrise des Helfens und der barmherzige Samariter. In: Hermann, V. & Horstmann, M. (Hg.): Studienbuch Diakonie, Bd. 1: Biblische, historische und theologische Zugänge zur Diakonie, S. 88-116. Siehe auch: Ruegger, H. & Sigrist, Ch. (2011): Diakonie – Eine Einführung. Zur Theologischen Begründung helfenden Handelns, S. 66.

Interviews eine starke Reflexionsfähigkeit zum Ausdruck, eigene Handlungen in Bezug auf diese Wertvorstellungen zu analysieren und zu interpretieren. In diesem Sinne lässt sich eine Wechselwirkung zwischen dem kategorischen Imperativ und der gegenwärtigen Situation beobachten, wobei die Betrachtung aus dem Blickwinkel der interviewten Person und nicht eines Modells erfolgt. Vertreten Pflegefachpersonen eine besondere spirituelle Richtung (wie z.B. Esoterik), lässt sich eine ähnliche Tendenz wie bei der Spitalseelsorge beobachten. In diesem Sinne übernimmt dann nicht eine biblische Erzählung, sondern eine bestimmte spirituelle Richtung die Funktion eines Modells, welches auf verschiedene Lebensbereiche „angewendet“ wird.

5.2.5 Charakteristika der verschiedenen Spiritualitätskonzeptionen in der Praxis

Spiritualitätskonzeptionen von ÄrztInnen

Seit 2011 werden stationäre Behandlungen im Akutspital über das sogenannte DRG-System (Diagnosis Related Groups) abgerechnet. Dies bedeutet, dass die Finanzierung pauschal über die Diagnose und nicht über die individuell am einzelnen Patienten erbrachten Leistungen erfolgt. Dabei wird in Bezug auf das Alter des Patienten kein relevanter Unterschied gemacht, obwohl ältere Menschen oft längere Zeit brauchen, um sich von einer Erkrankung zu erholen. Kommen bei einem älteren Menschen nun zu einer Erkrankung noch eine Herzkrankheit, Diabetes oder eine Arthrose hinzu, können zusätzlich notwendige Behandlungsleistungen im Abrechnungssystem nicht ausreichend berücksichtigt werden. Während vor der Einführung der Fallpauschalen vermehrt auf Begleiterkrankungen und die Gesamtsituation eingegangen werden konnte, müssen sich medizinische Fachpersonen heute auf einen viel stärker fokussierten Ablauf beschränken. So kann in vielen Fällen nur noch die Hauptdiagnose ausreichend berücksichtigt werden. Die Folge davon ist, dass der Durchschnitt der stationären Krankenhausaufenthalte beträchtlich gesunken ist, was aus wirtschaftlicher Sicht unabdingbar ist.

Dennoch zeigen sich im Zuge dieser Entwicklung gravierende Konsequenzen, wie ein Interview mit einem deutschen Chefarzt in der Süddeutschen Zeitung zeigt.²⁴⁸ In deutschen Spitälern gibt es Computersysteme, die dem Arzt anzeigen, von welchem Behandlungstag an ein Patient zum „Minusgeschäft“ wird. Während frühzeitige Entlassungen durch das soziale Umfeld des Patienten oft kompensiert werden können, stellen sie für schwer- und unheilbar kranke Patienten und ihre Angehörigen eine grosse Belastung dar. So sind gerade die am stärksten betroffenen unheilbar kranken und hilfsbedürftigen Patienten in diesem System nicht aufgehoben, weil sie aus wirtschaftlicher Sicht vom DRG-System gewissermassen als „Negativposten“ betrachtet werden.

²⁴⁸ Süddeutsche Zeitung, Ausgabe vom Montag, 27. Oktober 2014, Nr. 247.

Mit diesem Hintergrund lässt sich in den Interviews auch das Interesse der ÄrztInnen an Spiritual Care und dem „Faith Factor“ verstehen. Dieser beschreibt den Zusammenhang zwischen Spiritualität/Religiosität und Krankheitsverarbeitung einerseits und Lebensqualität andererseits. So liegt das Interesse von MedizinerInnen schwerpunktmässig darin, Spiritualität als eine Art „therapeutische Intervention“ für Patienten einzusetzen. Wie die Studie von Bützberger²⁴⁹ ergeben hat, halten es insgesamt 80% der auf den Fragebogen antwortenden Schweizer Onkologinnen und Onkologen (bei einem Rücklauf von 33%) für wichtig oder sehr wichtig, die spirituellen Bedürfnisse von Patienten und Patientinnen in den medizinischen Behandlungsprozess zu integrieren. Wie die verschiedenen Auswertungen deutlich machen, zeigt der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Spiritualität funktionale und kausale Akzente. So scheinen MedizinerInnen an der Spiritualitätskonzeption besonders zu schätzen, dass sie in der heutigen Zeit „pluralismustauglich“, konfessionell unabhängig und positiv konnotiert ist. Auch wenn die interviewten MedizinerInnen Spiritualität als eine im Gesundheitswesen erbrachte „Leistung“ auf Rezeptverordnung ablehnen, lässt sich eine therapeutische Instrumentalisierung von Spiritualität im hoch technisierten Medizinsystem nicht ganz ausschliessen.

Spiritualitätskonzeptionen von Pflegefachpersonen

Wie bei der Stichprobe der ÄrztInnen lässt sich festhalten, dass am Interview vorwiegend Pflegefachpersonen mit Interesse an religiös-spirituellen Themen teilgenommen haben. In den Interviews mit den Pflegefachpersonen zeigte sich eine starke Korrelation zwischen der Spiritualitätskonzeption und dem Erleben von Ganzheit. Diese wird als spirituelles Erleben häufig im Zusammenhang mit dem „Einssein mit der Natur“ und mit der „Verbundenheit mit etwas Höherem“ beschrieben. Auffallend ist, dass Spiritualität oft auch mit positiven Emotionen (wie z.B. dem Erleben von Glücksgefühlen) in Verbindung gebracht wird. Haben Pflegende eine Weiterbildung in spiritueller Begleitung absolviert, werden Konzeptionen der Weiterbildung (z.B. der Energieanatomie von Polarity) zum Modell der eigenen Spiritualitätsdefinition. Dabei zeigt sich eine starke Konfundierung zwischen den eigenen spirituellen Vorstellungen und den spirituellen Bedürfnissen, die bei den Patienten wahrgenommen werden. In diesem Sinne wurde bei Pflegefachpersonen eine deutlich tiefere Sensibilität in Bezug auf Übertragungsprozesse beobachtet als bei den ÄrztInnen und der Seelsorge. Der Pflegewissenschaftler Christoph von Dach hält fest²⁵⁰, dass Pflegefachpersonen Unterstützung im Verständnis und im Ausdruck ihrer spirituellen Ansichten, Bedürfnisse und Erlebnisse brauchen. Dies vor allem deshalb, weil nach pflegerischem Verständnis spirituelle Bedürfnisse in einem engen Zusammenhang stehen mit der

²⁴⁹Bützberger, P. Gasser, R., Meffert, C., Caspar, C., Beer, H.J. & Becker, G. (2014): The Spiritual Dimension in Oncology - A Survey among Swiss Oncologists, S. 3ff.

²⁵⁰ Von Dach, Ch. (2003): Raum für das Unfassbare. Spirituelle Vorstellungen von Pflegefachleuten. Zeitschrift Krankenpflege, Nr. 12/2013, S. 13-15.

Arbeitszufriedenheit und der Verweildauer im Pflegeberuf. Ähnlich wie die Spitalseelsorge sieht es auch die Pflege als ihre Aufgabe, grundlegende Menschenrechte sicherzustellen.

Spiritualitätskonzeptionen von SpitalseelsorgerInnen

Bei der Gruppe der interviewten SpitalseelsorgerInnen zeigt sich, dass Spiritual Care oft als neue Bezeichnung für Seelsorge verstanden wird. Während die einen die beiden Begriffe synonym verwenden, kritisieren andere die Anpassung an den englischen Sprachgebrauch. Wie Doris Nauer in Bezug auf die Überarbeitung ihres Lehrbuchs zur Seelsorge erwähnt, gehört die intensive Befassung mit Spiritual Care zu den „eklatanten Veränderungen“, welche „gegenwärtig die Plausibilität und Zukunftsfähigkeit professioneller christlicher Seelsorge in Frage stelle.“²⁵¹ Analog zeigt auch der Beitrag von Gärtner, dass Seelsorge auf Spiritual Care mit gemischten Gefühlen reagiere, da „die Alleinzuständigkeit der Kirche für religiöse Fragen durch die neue Bewegung in Frage gestellt würde“.²⁵² Zur Klärung der Reichweite des Begriffs Spiritual Care haben Schweizer und Noth eine Studie durchgeführt. In dieser Studie wurden 86 Seelsorgerinnen und Seelsorger aus den deutschsprachigen Regionen der Schweiz zu ihrer Perspektive auf die aktuellen Entwicklungen im Bereich Spiritual Care befragt. Wie die Ergebnisse dieser Studie zeigen, wird Spiritual Care fast ausschliesslich im Gesundheitswesen verortet und wird aus der Perspektive christlicher Seelsorge „teilweise als Sammelbegriff für alles nicht Christliche, als humanistische Seelsorge und in ihrer offensichtlichen religiösen und spirituellen „Neutralität“ teilweise als Konkurrenz zur in der Öffentlichkeit nicht mit derselben Neutralität konnotierten Seelsorge wahrgenommen“.²⁵³

Wie unsere Studie zeigt, gibt es grundlegende Unterschiede in den Spiritualitätskonzeptionen von medizinischen Fachpersonen und Seelsorgenden. Während die medizinischen Berufsgruppen dem Bedürfnis nach Entfaltung des eigenen Selbst einen hohen Stellenwert beimessen, tritt in unseren Interviews der Aspekt der Selbstsorge im Vergleich zur Fürsorge stark in den Hintergrund. So stützt sich Seelsorge auf ein ganzheitliches Menschenbild ab, das eine psychische, soziale und spirituelle Dimension umfasst. Wie Schweizer und Noth festhalten, wird dagegen die physische Dimension, die bei Spiritual Care eine wichtige Rolle einnimmt, im Kontext der Seelsorge kaum genannt.²⁵⁴ Auch hier zeigt sich, dass der Fokus der Seelsorge stärker auf Aspekte der zwischenmenschlichen Beziehung und der Beziehung zum Göttlichen gerichtet ist, wogegen der Beziehung zum eigenen Körper und der Entfaltung des eigenen Selbst weniger Bedeutung zugemessen wird.

²⁵¹ Doris Nauer (2015 [2007]): Seelsorge. Sorge um die Seele. Zitiert in: Schweizer, E. & Noth, I. (2017): Spiritual Care aus Sicht von Seelsorgenden. Ein explorativer Überblick zu Spiritual Care aus der Sicht der Seelsorge. In: Noth, I., Wenz, G. & Schweizer, E.: Pastoral and Spiritual Care across Religions and Traditions, S. 211.

²⁵² Gärtner, St. (2016). Krankenhausseelsorge vor der Herausforderung Spiritual Care. In: Praktische Theologie, 51. Jg., Heft 1, S. 50.

²⁵³ Schweizer, E. & Noth, I. (2017): Spiritual Care aus Sicht von Seelsorgenden, S. 219.

²⁵⁴ Ebd., S. 222.

Wie die Studie von Schweizer und Noth weiter zeigt, sind sich Seelsorgerinnen und Seelsorger als Beauftragte einer religiösen Institution ihrer religiösen Position bewusst. Entsprechend definieren viele Seelsorgerinnen ihre Tätigkeit über eine christlich-theologische wie auch biblische Begründung.²⁵⁵ Sie schöpfen Motivation „aus dem Glauben“ und möchten die „Nähe“ oder das „Heilshandeln“ Gottes bezeugen.²⁵⁶

Religiös-spirituelle Begleitung versus psychosoziale Aufgaben

Wie die Studie von Winter-Pfändler und Morgenthaler mit 679 befragten Patientinnen und Patienten²⁵⁷ zeigt, sind es aber weniger die religiös-spirituellen Handlungen und die religiös-spirituellen Themen, welche die befragten PatientInnen von der Seelsorge in Anspruch genommen haben. So erreichten auf einer 4-stufigen Likertskala (von 1= trifft gar nicht zu bis 4= trifft sehr zu) die Fragen auf der vierten Skala, ob der/die Spitalseelsorger/in mit dem/der Patient/in gebetet, einen Segen oder Sakramente gespendet hat, nur einen Mittelwert von 2.08.²⁵⁸ Etwas höher mit einem Mittelwert von 2.18 wird die Skala fünf bewertet, ob der/die Seelsorger/in bei Glaubensfragen geholfen oder mit dem/der Patienten/in über religiöse Fragen und Themen gesprochen habe. Mit Abstand am höchsten wird die erste Skala der positiven Beziehung, Respekt und Freundlichkeit mit einem Mittelwert von 3.97, gefolgt von der Skala Empathie mit einem Mittelwert von 3.51 bewertet. Diese Beobachtung wird ebenfalls in einer zweiten Studie der Autoren zu den Rollen und Aufgaben der Spitalseelsorge aus der Perspektive von Stationsleitungen beschrieben. Wie Winter-Pfändler und Morgenthaler zeigen, widersprechen auch in dieser Studie die Ergebnisse teilweise dem traditionellen Bild der Seelsorge.²⁵⁹ So werden die religiös-spirituellen Handlungen wie Gottesdienste feiern, Rituale und Sakramente spenden, Gebete oder Kontakte zu den örtlichen Kirchgemeinden nicht als wichtigste Bereiche der Seelsorge eingestuft. Stattdessen werden die Begleitung von Sterbenden und Trauernden sowie psychosoziale Aufgaben als wichtigste Bereiche der Seelsorge genannt.²⁶⁰

In der Studie von Winter-Pfändler und Morgenthaler umfassen diese psychosozialen Aufgaben das empathische Eingehen auf die Bedürfnisse und Anliegen, Unterstützung zu Umgang und Bewältigung der Erkrankung, Begleitung von Prozessen der Neuorientierung sowie die Stärkung von Trost und Hoffnung. Wie sich in der Studie von Schweizer und Noth zu den Definitionen von Seelsorge zeigt, bezieht sich die Anlehnung an die Psychologie wesentlich auch auf die Methoden der Gesprächsführung.²⁶¹

²⁵⁵ Ebd., S. 221.

²⁵⁶ Ebd., S. 221.

²⁵⁷ Winter-Pfändler, U. & Morgenthaler, Ch. (2010): Wie zufrieden sind Patientinnen und Patienten mit der Krankenhausseelsorge? Entwicklung eines Fragebogens und erste Resultate einer Untersuchung in der Deutschschweiz. *Wege zum Menschen* 62. Jg., 570-584.

²⁵⁸ Ebd., S. 578.

²⁵⁹ Winter-Pfändler, U. & Morgenthaler, Ch. (2010): Rolle und Aufgabe der Krankenhausseelsorge in den Augen von Stationsleitungen. *Wege zum Menschen* 62. Jg., 585-597.

²⁶⁰ Ebd., S. 592.

²⁶¹ Schweizer, E. und Noth, I. (2017), S. 221.

Dagegen distanziert sich die Seelsorge in unseren Interviews von medizinisch-therapeutischen Behandlungszielen.

Diese Verschiebung von den traditionellen seelsorglichen Aufgaben hin zu psychosozialer Unterstützung wurde auch in unseren Interviews mehrfach beobachtet. Winter-Pfändler und Morgenthaler erklären diese Verschiebungen mit der Enttraditionalisierung sowie Individualisierung der Religiosität. In der Studie mit den befragten Stationsleitungen kommt es vor allem innerhalb von psychiatrischen Kliniken vermehrt zu Rollenüberschneidungen zwischen der Seelsorge und anderen Berufsgruppen: „Welche Bereiche der psychosozialen Beratung und Begleitung werden durch die Seelsorge abgedeckt, welche durch die Pflege, Psychotherapie und Psychiatrie?“²⁶² Wie die Aussage eines Stationsleiters in der psychiatrischen Klinik zeigt, fühlen sich andere Berufsgruppen in psychosozialen Fragen zum Teil besser ausgebildet als die Klinikseelsorgenden: «Die hauptsächliche Arbeit des Pflege- und Behandlungsteams ist das Gespräch. Wir verfügen auch in der Pflege über ausgebildete Mitarbeiter im Bereich therapeutischer Gespräche. Auf eine/n Seelsorger/in zurückgreifen zu können, wäre für uns wünschenswert, wenn es um spirituelle und religiöse Themen geht».²⁶³

Einfluss der befragten Stichprobe auf die Studienergebnisse

Es lässt sich vermuten, dass diese kritischen Voten noch zahlreicher ausgefallen wären, wenn in der Studie nicht nur StationsleiterInnen aus der Pflege, sondern auch andere Berufsgruppen wie ÄrztInnen, PsychologInnen und Sozialarbeitende befragt worden wären. Zumal die Autoren bei der Auswertung ihre Daten mit einer Referenzstudie von Flanelly u.a. vergleichen,²⁶⁴ welche diese anderen Berufsgruppen auch einbezogen haben. In dieser Studie von Flanelly et al. zeigten sich nicht nur signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Institutionen, sondern auch zwischen den Berufsgruppen. So schätzten die medizinischen Leiter die meisten der Seelsorgeaufgaben als weniger wichtig ein als die übrigen Berufsgruppen.²⁶⁵ Zusammenfassend lässt sich in der Seelsorge ein Spannungsfeld zwischen der in der Studie von Schweizer und Noth geäußerten Berufsmotivation, „aus dem Glauben“ die „Nähe“ oder das „Heilshandeln Gottes“ zu bezeugen²⁶⁶ – und der Wahrnehmung von Patienten und Stationsleitenden in der Pflege beobachten, welche die psychosozialen Begleitaspekte viel stärker gewichteten als die religiös-spirituellen, die zur eigentlichen Kernkompetenz der Seelsorge gehören. So führen die gesellschaftlichen Prozesse von Enttraditionalisierung, Säkularisierung und

²⁶² Rolle und Aufgabe der Krankenhausseelsorge in den Augen von Stationsleitungen. *Wege zum Menschen* 62. Jg., S. 595.

²⁶³ zitiert in: Winter-Pfändler, U. & Morgenthaler, Ch.: Rolle und Aufgabe der Krankenhausseelsorge in den Augen von Stationsleitungen. *Wege zum Menschen* 62. Jg., S. 595.

²⁶⁴ Flanelly, K. et al. (2005): A National Survey, in: *Hospital Topics* 83, (2005), S. 19-27. Zitiert in: Winter-Pfändler, U. & Morgenthaler, Ch., Ebd., S. 586.

²⁶⁵ Ebd., S. 587.

²⁶⁶ Schweizer, E. & Noth, I. (2017): Spiritual Care aus Sicht von Seelsorgenden. Ein explorativer Überblick zu Spiritual Care aus der Sicht der Seelsorge. In: Noth, I., Wenz, G. & Schweizer, E.: *Pastoral and Spiritual Care across Religions and Traditions*, S. 221.

Individualisierung dazu, dass sich das Tätigkeitsfeld der Seelsorge stärker in den Bereich der andern Berufsgruppen der Psychologie und Sozialarbeit verschiebt.

Wie unsere Interviews zeigen, eröffnet sich in der Seelsorge noch ein weiteres Spannungsfeld, das sich als Verhältnisbestimmung zwischen dem Wesen Gottes und dem Wirken am Menschen beschreiben lässt. Ist Gott biblisch als ontologische Existenz zu erfassen, die Einfluss auf das aktuelle Weltgeschehen nimmt- oder konstituiert sich Gott anthropologisch im Glauben und in der Spiritualität des Menschen? Es fragt sich, was Gott in der Seelsorge noch ist, wenn er nicht wirkt – oder ob Gott noch ein Wesen hat, wenn sein Wirken nicht mehr erfahren wird. Welche Konsequenzen hat dies für die Seelsorge, wenn Gott sich erst im Glauben an ihn konstituiert? Ist Gott ontologisch als Existenz zu erfassen- oder anthropologisch als „Konstrukt“ eines Glaubens, in dem sich Gott sinnstiftend ereignet? So lässt sich Glauben sowohl als von Gott gestiftetes Geschenk als auch als Phänomen menschlicher Konstruktion verstehen.²⁶⁷

Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Die Spiritualitätskonzeption der befragten Spitalseelsorgenden identifiziert sich zu einem grossen Teil über das Anders-Sein und Anders-Denken, das im prophetischen Wächteramt begründet liegt. So fühlen sich Seelsorgende nicht primär dem System Krankenhaus, sondern vielmehr den Kranken und ihren Angehörigen verpflichtet. Diese prophetische Dimension der Seelsorge propagiert um der Menschen willen eine systemdistanzierte kritische Position. Aus Solidarität mit dem Notleidenden sieht die Seelsorge ihren Beitrag darin, Not verursachende Strukturen beim Namen zu nennen sowie die systeminterne Logik zu hinterfragen.

5.2.6 Seelsorge im medizinisch-therapeutischen Kontext

Während die einen SeelsorgerInnen religiös-christliche Sprache, Symbole, Riten und biblische Texte als selbstverständlich in die Patientenbegleitungen einbeziehen, fühlen sich andere in der säkularisierten Gesellschaft zunehmend unwohl dabei. Für alle interviewten SeelsorgerInnen steht jedoch fest, dass das Mit-Aushalten erfahrener Sinnlosigkeit, Trostlosigkeit und Ohnmacht eine zentrale Aufgabe der Spitalseelsorge darstelle. Analog zu den Aussagen Isolde Karles, beruft sich die Seelsorge, im Gegensatz zur therapeutischen und sozialen Arbeit, auf die Andersartigkeit ihres Auftrags.²⁶⁸ So müsse in der Seelsorge nichts erreicht und nichts verändert werden, und man müsse auch nicht an Problemen arbeiten. Dabei macht die Entwicklung von Spiritual Care deutlich, dass die Ausgestaltung des Berufsfeldes bei den verschiedenen Fachpersonen in ihren jeweiligen Berufsverbänden sehr unterschiedlich verläuft.

²⁶⁷ siehe weitere Ausführungen von Ilona Nord (2008). Realität des Glaubens: Zur virtuellen Dimension Christlicher Religiosität, S. 148 ff.

²⁶⁸ Karle, I. (2010): Perspektiven der Krankenhausseelsorge. Eine Auseinandersetzung mit dem Konzept der Spiritual Care. In: Wege zum Menschen 62 (2010), 537-555.

Wie die Ärztinnen (FMH), die PsychologInnen (FSP) und die Pflegefachpersonen (SBK), haben auch die Seelsorgenden einen Berufsverband. Dieser unterscheidet sich von den Berufsverbänden der medizinischen Fachpersonen darin, dass er zwar die Arbeit von SpitalseesorgerInnen thematisch und strukturell unterstützt, jedoch keinen direkten Einfluss auf Arbeitsbedingungen, Ausbildungsstandards oder die Politik (z.B. durch eine Volksinitiative) nehmen kann. Diese Kompetenz liegt bei den dafür zuständigen Organen der Kantonalkirchen. Dies führt dazu, dass die Entwicklung der Spitalseelsorge anders verläuft als bei den medizinischen Fachpersonen, die sich gesundheitspolitisch wesentlich nach dem Kriterium einer evidenzbasierten Medizin richten. Für Eckhard Frick ist Spiritual Care deshalb eine neue und in ihrer Tragweite noch nicht abschätzbare Herausforderung, da Spiritual Care auch die kirchliche Seelsorge verändern werde.²⁶⁹

5.2.7 Integration der Spitalseelsorge in das interprofessionelle Behandlungsteam

Wie die verschiedenen Interviews in unserer Studie deutlich machen, gibt es in den Schweizer Spitälern grosse Unterschiede, wie die einzelnen SpitalseesorgerInnen ins interprofessionelle Team eingebunden sind. Seelsorgende werden von der Landeskirche entsandt und bezahlt und arbeiten als Voll- oder Teilzeitangestellte. Da es Ärztinnen und ÄrztInnen verboten ist, sensible Daten an Dritte weiterzugeben, besteht eine unterschiedliche Auslegung darin, ob es sich bei den nicht vom Spital angestellten SpitalseesorgerInnen um sogenannte Drittpersonen handelt oder nicht. Wie unsere Auswertungen zeigen, nehmen die meisten SeelsorgerInnen in Bezug auf eine Integration in die institutionelle Infrastruktur eine ablehnende Haltung ein. Als Gründe werden das Seelsorgegeheimnis und die Dokumentationspflicht genannt. Auch fürchtet die Seelsorge, durch eine verstärkte Integration ins interprofessionelle Behandlungsteam ihre systemdistanzierte kritische Position preiszugeben. Allerdings gibt es in Bezug auf die Haltung der Spitalseelsorge durchaus auch kritische Einwände. Kann eine Seelsorge, die nicht Teil eines interprofessionellen Behandlungsteams ist, Einfluss auf Haltungen und Entscheidungen nehmen, welche von ökonomischen Interessen des Spitals bestimmt sind? Kann die Seelsorge solche Prozesse frühzeitig erkennen, um sich aktiv und wirkungsvoll für die Rechte von schwerkranken Patienten einzusetzen? Interessanterweise zeigt sich, dass auch die Pflege denselben Anspruch auf den Schutz von Patienten erhebt und diesen über den Berufsverband gar politisch begründet. Somit stellt sich die Frage, ob der Einsatz der beiden Berufsgruppen für die Rechte der Patienten auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten abgestimmt ist?

²⁶⁹ Frick, E. Frick, E.: Spiritual Care. Ein neues Fachgebiet der Medizin. In: *Z Med Ethik* 2009 (55:2), S. 147.

5.3 Klärung von Rollen in der Spiritual Care

Obwohl es international als unbestritten gilt, dass alle Berufsgruppen in die Spiritual Care einbezogen werden, sind die verschiedenen Rollen bislang weitgehend ungeklärt. An der Consensus Conference von 2009 einigten sich, unter der Leitung von Prof. Puchalski, verschiedene Fachpersonen aus den Bereichen Medizin, Pflege, Psychologie, sozialen Arbeit und der Seelsorge auf ein wegweisendes Grundlagenpapier. Dieses weist der kirchlichen SeelsorgerInnen (als board-certified chaplains) aufgrund ihrer spezifischen spirituell-religiösen Qualifikation die Expertenrolle zu: „*While all team members have some responsibility for spiritual care, board-certified chaplains play a key role as a team member most directly responsible for spiritual care... This model is based on a generalist-specialist model of care in which board-certified chaplains are considered the trained spiritual care*“.²⁷⁰



Abbildung 2: Rollen in der Spiritual Care

Im deutschsprachigen Raum bietet v.a. die „Internationale Gesellschaft für Gesundheit und Spiritualität (IGGS), unter der Leitung von Prof. Dr. Eckhard Frick, eine wissenschaftliche Plattform zur Konzeptionierung von Spiritual Care. Michael Klessmann sieht die Rollenzuschreibung folgendermassen: „*Seelsorge könnte die Hintergrundorganisation übernehmen und sicherstellen, dass kranke Menschen die Art spiritueller Begleitung erhalten, die sie wünschen*“.²⁷¹ In diesem Sinne wäre weniger die direkte Patientenbegleitung, sondern eine Art katalysatorisch-koordinierende Hintergrundarbeit kennzeichnend für das Rollenprofil professioneller Seelsorger.²⁷² Traugott Roser sieht die Rolle der Seelsorge in einer „*kritisch-solidarischen Hintergrundarbeit als Unterstützung der Spiritual Care Kompetenz der*

²⁷⁰ Puchalski, C.M., Ferrel, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P. & Bull, J. (2009): Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. In: *J Palliat Med* (12), S. 898/891.

²⁷¹ Klessmann, M.(2014): Im Strom der Zeit. Von der evangelischen über die ökumenische zur interkulturellen Seelsorge und Spiritual Care. In: *Wege zum Menschen* (66), S. 5–18.

²⁷² Nauer, D. (2015): Spiritual Care statt Seelsorge?, S. 85.

anderen Berufsgruppen“,²⁷³ wobei er analog zum nordamerikanischen Modell der Seelsorge eine Expertenrolle zuweist.

5.3.1 Die Rolle der Spitalseelsorge in der Spiritual Care

Die Auseinandersetzung mit Spiritual Care hat die Diskussion um die Rolle der Spitalseelsorge im interprofessionellen Behandlungsteam neu entfacht. Professionelle SeelsorgerInnen werden unter den Vorgaben christlicher Kirchen ausgebildet und von diesen beauftragt, in verschiedenen Institutionen tätig zu werden. Dies führt dazu, dass Spitalseelsorger strukturell nicht ins interprofessionelle Team eingebunden sind. Während dieses Modell lange Zeit als unbestritten galt, kann für Traugott Roser das Nicht-Integrationsmodell vor allem im Bereich der Palliative und Spiritual Care kaum mehr gerecht werden.²⁷⁴ Auch Eckhard Frick hält fest, dass die Privatsphäre des Patienten durch die Unabhängigkeit und die Schweigepflicht der Spitalseelsorge zwar geschützt wird, jedoch die Gefahr einer „externen Delegation“ von Spiritual Care berge.²⁷⁵ Würde Spiritual Care in die Verantwortung einer anderen Profession geraten, dann wäre nach Fricks Schlussfolgerung absehbar, dass das Kernanliegen der gemeinsamen Verantwortlichkeit verlorengeht.²⁷⁶ Zugleich hält Eckhard Frick fest, dass „*Seelsorge alleine freilich ein viel zu enges Gefäss für Spiritual Care*“ sei.²⁷⁷ Verschiedene Autoren plädieren im Kontext der Palliative Care daher für ein Teil-Integrationsmodell,²⁷⁸ welches die Seelsorge sowohl in der Kirche als auch im interprofessionellen Team verankert. Dabei bedeutet Integration ins Behandlungsteam, dass neben den Patientenkontakten auch ein regelmässiger Austausch mit den MitarbeiterInnen der Institution stattfindet. Ob ein solcher Austausch mehr auf persönlicher oder patientenbezogener Ebene stattfinden soll, gilt in Bezug auf die Schweigepflicht bei vielen Spitalseelsorgenden in der Praxis als umstritten. Wie Eckhardt Frick in Bezug auf Spiritual Care zu bedenken gibt, sollte die Teilintegration der Seelsorge ins medizinische Behandlungsteam nicht dazu führen, dass Spiritual Care durch „interne Delegation“ alleine in den Zuständigkeitsbereich der Seelsorge gestellt wird.²⁷⁹

Integrationsmodelle im internationalen Vergleich

Wirft man einen Blick auf das niederländische, kanadische oder amerikanische Modell, so werden professionelle SeelsorgerInnen in der Organisation voll in das System Krankenhaus integriert.²⁸⁰ So akzeptieren die öffentlichen Institutionen und Krankenhäuser in diesen Ländern keine Beauftragung und

²⁷³ Roser, T. (2013): Seelsorge und Spiritual Care. In: M. Klessmann (Hrsg.) Handbuch der Krankenhausseelsorge, S. 74.

²⁷⁴ Roser, T. (2007): Spiritual Care. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhausseelsorge. Ein praktisch-theologischer Zugang, S. 262.

²⁷⁵ Frick, E. (2012): Wie arbeitet Spiritual Care? Zwölf Thesen für den aktuellen interdisziplinären Diskurs. In: *Spir Care* (1), S.70.

²⁷⁶ Nauer, D. (2015): Spiritual Care statt Seelsorge? S. 89.

²⁷⁷ Frick, E. (2014b): Spiritual Care. Eine neue Querschnittsaufgabe entsteht. In: Schaupp, W. u.a. (Hg.), *Gesundheitsorge und Spiritualität im Krankenhaus*, S. 55-68.

²⁷⁸ Nauer, D. (2015): Spiritual Care statt Seelsorge? S. 89.

²⁷⁹ Frick, E.: Wie arbeitet Spiritual Care? Zwölf Thesen für den aktuellen interdisziplinären Diskurs. In: *Spir Care* 2012 (1), S. 70.

²⁸⁰ Nauer, D. (2015): Spiritual Care statt Seelsorge?, S. 90.

Religionsgemeinschaften mehr. Stattdessen werden geeignete Bewerber direkt von den einzelnen Institutionen rekrutiert. Dabei stellt sich die Frage, ob ein solches Modell auch in der Schweiz oder in Deutschland realisierbar wäre. Traugott Roser macht den Vorschlag, die Seelsorge durch eine strukturelle Fusionierung mit den Psychosozialen Diensten, als sogenannt „vierte Säule“ neben die Medizin, Pflege und Verwaltung zu stellen.²⁸¹ Einem solchen Modell widerspricht, dass die Psychosozialen Dienste funktional nach medizinisch-therapeutischen Zielsetzungen arbeiten und die therapeutische Patientenbeziehung daher asymmetrisch ist. Dennoch zeigen sich im Bereich der Palliative Care mehr Gemeinsamkeiten zwischen der psychologischen und seelsorglichen Tätigkeit als in anderen medizinischen Fachbereichen, da in der psychologischen Begleitung am Lebensende weniger die Intervention als die empathische Präsenz und das Zuhören im Vordergrund stehen.

5.3.2 Begriffliche Unschärfen bezüglich der interprofessionellen Rollendefinitionen

Wie die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Rollenverständnissen deutlich macht, erweist sich diese Diskussion als nicht unabhängig von der deutschen Übersetzung von Spiritual Care. Dass die entsprechende Übersetzung im deutschsprachigen Raum oftmals mit der Wortkombination „spirituelle Begleitung“ wiedergegeben wird, führt zur Konsequenz, dass beide Termini synonym verwendet werden.²⁸² Jedoch machen die vielseitigen Bedeutungsmöglichkeiten des Care-Begriffs deutlich, dass dieses „*sich sorgen um*“ auch den Caregiver in einer bedeutsamen Weise innerlich bewegt und berührt. Dieser ganzheitliche Aspekt der Mitbetroffenheit kommt aus meiner Sicht im Begriff der „spirituellen Begleitung“ nur in ungenügender Weise zum Ausdruck. Was sich zunächst als unbedeutendes Sprachspiel anmutet, hat jedoch berufspolitisch weitreichende Konsequenzen. Wenn nun Spiritual Care mit „spiritueller Begleitung“ übersetzt wird, dann bedeutet dies, dass neben der Seelsorge in der interprofessionellen Zusammenarbeit auch die medizinischen Fachpersonen für die „spirituelle Begleitung“ zuständig sind. Jedoch zeigt sich in der aktuellen Entwicklung von Spiritual Care die Gefahr, dass sich die spirituelle Begleitung aus der medizinisch-pflegerischen Handlung herauslöst.

Wie die Interviews mit den medizinischen Fachpersonen im Rahmen dieser Studie gezeigt haben, wird momentan in einzelnen Institutionen über die Frage diskutiert, ob Pflegende als „spirituelle Begleiterinnen“ für nicht religiöse Patienten zu einem kleinen Prozentsatz von 20-30% freigestellt werden sollen. Mit der Isolation der spirituellen Dimension aus dem bio-psycho-sozialen Kontext steht das holistisch-ganzheitliche Menschenbild auf dem Spiel. Da bereits jetzt Konkurrenzsituationen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen bestehen, würde die zusätzliche Etablierung einer weiteren Expertengruppe im Bereich der spirituellen Begleitung kaum zur Förderung des holistisch-ganzheitlichen

²⁸¹ Roser, T. (22.02.2011): Spiritual Care. Herausforderungen im Gesundheitssystem für (kirchliche) Seelsorge. Frühjahrskonvent der KrankenhausseelsorgerInnen in der Evangelischen Kirche im Rheinland.

²⁸² Siehe die Auseinandersetzung auch bei Doris Nauer: Spiritual Care statt Seelsorge, S. 49 ff. und S. 94 ff.

Menschenbildes beitragen. Vielmehr sollte es in der Spiritual Care darum gehen, die interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit zu fördern. So können eine Klärung von gegenseitigen Erwartungen, die Bewältigung von interprofessionellen Konflikten sowie eine verbesserte Koordination von medizinisch-therapeutischen Interventionen wesentlich zum Wohl von PatientInnen beitragen.

5.4 Aktuelle internationale und gesundheitspolitische Entwicklungen

Wie bereits in der Auseinandersetzung mit den verschiedenen Rollen ausgeführt wurde, sind auf nationaler Ebene die Entwicklungen in den Niederlanden für Europa von besonderer Bedeutung. Dies deshalb, weil die Niederländer sich schon oft als Vorläufer von Entwicklungen in der deutschsprachigen Landschaft erwiesen haben. Dabei gelang es in den Niederlanden, die Bezeichnung Seelsorge (Zielzorg) durch Spiritual Care (Geestelijke Verzorging) für den gesamten Bereich der der Seelsorge verbindlich zu machen.²⁸³ In diesem Sinne verstehen sich christliche SeelsorgerInnen nicht mehr als SeelsorgerInnen, sondern als Spiritual Care Givers. Wie Doris Nauer aufzeigt, haben sich die beiden grossen christlichen Kirchen unter der Devise „zurück zum Kerngeschäft“ immer mehr aus der Finanzierung der Seelsorge zurückgezogen. Dadurch haben sie das Feld anderen ambitionierten Anbietern im Gesundheitswesen überlassen.

Seit 1996 ist in den Niederlanden gesetzlich festgeschrieben, dass jeder Bürger in den Einrichtungen des Gesundheitswesens Anspruch auf spirituelle Begleitung hat. Deshalb sind die Einrichtungen dazu verpflichtet, Geestelijke Verzorger einzustellen und auch zu finanzieren. Während lange Zeit ein volles Theologiestudium als Voraussetzung galt, genügt inzwischen ein (zumeist zweijähriger) Masterstudiengang. Da der Theologie-Bachelor zur Absolvierung dieses Masterstudiengangs keine unabdingbare Voraussetzung darstellt, strömen immer mehr Quereinsteiger aus anderen Berufsfeldern mit unterschiedlicher Nähe zu einer Weltreligion in die Ausbildung zum Geestelijke Verzorger. Diese haben sich in Form von 5 religiös-weltanschaulich gebundenen Sektoren (christlich, jüdisch, hinduistisch, islamisch und humanistisch) zu einem Dachverband zusammengeschlossen, der sich berufspolitisch organisiert und gemeinsame Richtlinien für Geestelijke Verzorging festlegt.²⁸⁴ Dabei können die verschiedenen Institutionen ein jeweils einrichtungsspezifisches Profil für ihre Geestelijke Verzorger am Markt auswählen, anhand dessen die potentiellen Bewerber eingestellt werden sollen.

Immer mehr wird in den Niederlanden nun die Frage diskutiert, ob sich Geestelijke Verzorger, zusätzlich zu den religiös-weltanschaulich gebundenen Sektoren, auch in einem religiös-weltanschaulich

²⁸³ siehe Nauer, D. (2015): Spiritual Care statt Seelsorge? S. 40.

²⁸⁴ Evers, S. (2013): Portrait des Verbandes der Seelsorge im Gesundheitswesen. In: *Wege zum Menschen* (65; 6), S. 479–490.

ungebundenen Sektor zusammenschliessen können. Dabei bleibt es in der Auseinandersetzung mit den niederländischen Kriterien sehr vage, was dann unter der „dennoch geforderten persönlichen Weltsicht“ verstanden wird und wie eine solche überprüft werden soll. Weiter ist kritisch einzuwenden, dass die Niederlande von einer „neutralen“ Weltsicht ausgehen, die deshalb nicht existiert, weil alle Menschen in ihrem Spiritualitätsverständnis in irgendeiner Form geprägt sind. So bleibt dieser niederländische „neutrale Markt“ von „Ongebonden Geestelijke Verzorgers“, die als religiös Ungebundene sogenannte „breiter aufgestellt“ sein sollen, wohl eine Utopie. Das Europäische Netzwerk für Seelsorge im Gesundheitswesen (European Network of Health Chaplaincy in Europe) hält an seinem 7. Ökumenischen Kongress in Finnland fest, dass sich die Klinikseelsorge international als Spiritual and Religious Care versteht.²⁸⁵ Im deutschsprachigen Raum wurde die Integration der Spiritualität ebenfalls in der deutschen ‚Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland‘²⁸⁶ (2010) und in den ‚Nationalen Leitlinien Palliative Care‘ in der Schweiz²⁸⁷ festgehalten. 2010 ist es in Europa am „Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin“ des Universitätsklinikums München-Grosshadern erstmals gelungen, einen Lehrstuhl für Spiritual Care einzurichten. Im Frühling 2015 wurde die Vereinigung International Association for Spiritual Care IASC durch Prof. Dr. Isabelle Noth als internationale Forschungsplattform in Spiritual Care gegründet.

5.5 Definitionen von Spiritualität und Spiritual Care

Das verbreitete Motto: „Spiritual Care für alle“ ist mit einem weiten Verständnis von Spiritual Care verbunden. Die Sinnfindung gilt als zentrales Merkmal von Spiritualität, die durch die Ebenen Beziehung, Transzendenz und Persönlichkeitsentwicklung ergänzt werden. Häufig wird der Begriff Transzendenz auf alles bezogen, was die Grenzen des Selbst überschreitet, etwa auf zwischenmenschliche Beziehungen oder den Bezug zur Natur oder Kunst. In den modernen Gesellschaften muss Spiritual Care im Respekt vor dem Selbstverständnis individueller Menschen gründen. Dies hat zur Konsequenz, dass alle, die sich in Spiritual Care engagieren möchten, nicht nur mit einer Fülle von Spiritualitäten mit und ohne Bindung an eine bestimmte Religionsform konfrontiert sind, sondern auch das Desinteresse oder die Ablehnung von Spiritualität ernst nehmen müssen.²⁸⁸ De facto lässt sich für diese verschiedenen Bedürfnisse und Lebenssituationen kein gemeinsamer inhaltlicher Nenner finden. So kann nicht einmal davon ausgegangen werden, dass die Suche nach Sinn für alle wichtig ist. Auch in der Forschungsliteratur wird um dieses Verständnis von Spiritualität immer wieder gerungen. Parallel zu Entkirchlichungs- und Entinstitutionalisierungs-Prozessen zeigt sich im Gesundheitswesen ein Prozess der

²⁸⁵ Nauer, D. (2015): Spiritual Care statt Seelsorge? S. 42.

²⁸⁶ Charta zur Betreuung Schwerstkranker und Sterbender Menschen in Deutschland: Herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V./ Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V./BundesÄrztInnenkammer, September 2010.

²⁸⁷ Nationale Leitlinien Palliative Care: Herausgegeben vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GKD). Bern 2010.

²⁸⁸ Heller, B. & Heller, A. (2014): Spiritualität und Spiritual Care. Orientierungen und Impulse, S. 28.

Spiritualisierung, der von Eckhard Frick als Spiritual Turn bezeichnet wird.²⁸⁹ Werden Menschen durch Lebenskrisen, Verluste oder Krankheit bedroht, lässt sich ein neu erwachtes Interesse an individueller Spiritualität beobachten.

Charakteristika postsäkularer Erscheinungsformen von Spiritualität

Wie Doris Nauer zeigt, weist diese postsäkulare Erscheinung folgende Charakteristika auf:²⁹⁰

1. Unabhängigkeit der Spiritualität von religiösen Institutionen sowie deren verbindlichen Vorgaben, Lehren und Moralvorstellungen
2. Postmoderne Spiritualität erweist sich als eine Art Patchwork, indem Elemente verschiedener Religionen, Philosophien und Weltanschauungen miteinander verbunden werden.
3. Postmoderne Spiritualität wird nicht primär mit bestimmten Glaubensinhalten, sondern mit innerem Erleben und persönlichen Erfahrungen assoziiert.
4. Spiritualität wirkt als Gegenbewegung zur technisierten modernen Welt, die zunehmend von Entpersonalisierung und Rationalisierung geprägt wird.
5. Postmoderne Spiritualität hat als Ressource einer Bewältigungsstrategie in Not, Leid, Krankheit und Sterben eine weitgehend funktionale Bedeutung.

Für Birgit Heller ist es eine Frage der Perspektive, ob die neue Spiritualität als ein modernes oder postmodernes Phänomen eingestuft wird.²⁹¹ Als typisches Kennzeichen der Postmoderne versteht sie die Praxis, eine Vielfalt von Perspektiven und Wahrheitsansprüchen gleichberechtigt nebeneinander zu stellen. Wenn sich Einzelpersonen ihren Glauben in der Manier postmoderner Beliebigkeit aus dem reichhaltigen Angebot des religiösen Supermarkts zurechtzimmern, wird von postmoderner Spiritualität gesprochen. Der Konsens in der Literatur besteht darin, dass die zeitgenössische Spiritualität individualisiert ist und auf der persönlichen Erfahrung des einzelnen Menschen beruht. Verbunden damit ist eine Bedeutungssteigerung des Subjekts. Heller verweist auf soziologische Studien von Ulrich Beck,²⁹² die zeigt, dass die zeitgenössische Spiritualität nicht pauschal mit dem postmodernen Muster der Beliebigkeit gedeutet werden kann. Aus europäischer Sicht ist die moderne Spiritualität insofern postmodern, als sie die Logik der Eindeutigkeit, das Entweder-oder-Modell, durch die Logik der Mehrdeutigkeit, das Sowohl-als-auch-Modell, ersetzt.²⁹³ Da die Kirche als Institution in der europäischen Bevölkerung mit Vorstellungen von Dogma und Starrheit verknüpft ist, wird Spiritualität immer mehr

²⁸⁹ Frick (2014c); Frick, E. (2014c): Wohin dreht der Spiritual Turn? In: Frick, E. & Hamburger, A. (Hg.): Freuds Religionskritik und der "Spiritual Turn", S. 281.

²⁹⁰ Nauer, D. (2015): Spiritual Care statt Seelsorge?, S. 50.

²⁹¹ Heller, B. (2014d): Spiritualität versus Religion/Religiosität. In: Heller, B. & Heller, A. Spiritualität und Spiritual Care. München: Huber, S. 47-68.

²⁹² Beck, U. (2008): Der eigene Gott. Von der Friedensfähigkeit und dem Gewaltpotential der Religionen, S. 15ff.

²⁹³ Heller, B. (2014d): Spiritualität versus Religion/Religiosität. In: Heller, B. & Heller, A. Spiritualität und Spiritual Care. München: Huber, S. 47-68.

zum Gegenbegriff der Religion. So möchten Menschen nicht länger passive Empfänger von objektiven Heilswahrheiten und standardisierten Therapien sein, sondern die Verantwortung für das eigene Leben übernehmen. Die ExpertInnen sollen sich daher zu unterstützenden Mitakteuren in einem Lern- und Heilungsprozess entwickeln.²⁹⁴

Selbstaktualisierung und Selbstverwirklichung als zentrale Werte der modernen Gesellschaft

Die Begriffe Selbstaktualisierung und Selbstverwirklichung sind bezeichnend für den Bewusstseins- und Wertewandel, der sich in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen der späten Moderne vollzogen hat. Dabei stellt sich die Frage, ob die moderne Spiritualität, die sich in den Dienst der Selbstverwirklichung stellt, tatsächlich die Grenzen von Religion überschreitet, wie das in der Seelsorge oft angenommen wird? Fest steht, dass Spiritual Care nicht mit bestimmten Inhalten arbeitet, sondern mit einer breiten Konzeption, welche verschiedene religiöse Zugehörigkeiten ebenso umfasst wie existentielle, weltanschauliche und atheistische Sinnentwürfe. Eckhard Frick versteht Spiritual Care als eine Art Breitbandbegriff, der jeglichem institutionellen oder gesellschaftlichen Normierungsdruck entzogen ist und für etwas letztlich Unbestimmtes und Undefiniertes steht.²⁹⁵ Michael Klessmann bringt es auf den Punkt, dass die begriffliche Unschärfe von Spiritualität in ihrer Offenheit gerade für diejenigen Menschen besonders anziehend wirkt, die mit einer Vielzahl und Unterschiedlichkeit an individuellen Glaubens- und Lebensentwürfen konfrontiert sind.²⁹⁶ So gilt Spiritualität für viele Menschen als offener, toleranter und lebensbejahender als das, was der Religion zugeschrieben wird.

Konsequenzen von zu eng oder weit gefassten Spiritualitätskonzeptionen

Wie Traugott Roser konstatiert, ist unter Spiritualität das zu verstehen, was der Patient dafür hält.²⁹⁷ Eckhard Frick hingegen hält kritisch fest, dass ein inhaltlich zu weit gefasstes Spiritualitätsverständnis dazu führt, dass disparate Inhalte wie in einem Sammelcontainer unverbunden nebeneinanderliegen²⁹⁸. Dies habe zur Konsequenz, dass am Ende alles und nichts als religiös und spirituell bezeichnet wird, wobei die Gefahr bestehe, dass jede Lebenserfahrung und Handlung mit dem Etikett „spirituell“ versehen werden kann. Wie Birgit Heller zu bedenken gibt, sind die abweichenden Spiritualitätsdefinitionen immer auch als Resultate persönlicher Vorentscheidungen zu werten, indem sie Auskunft über die weltanschauliche Position derer geben, die sich damit auseinandersetzen.²⁹⁹ Doris Nauer sieht die eigentliche Problematik nicht darin, dass der Spiritualitätsbegriff zu weit, sondern zu eng gefasst

²⁹⁴ Ebd., S. 66.

²⁹⁵ Frick, E. (2009): Spiritual Care. Ein neues Fachgebiet der Medizin. In: *Z Med Ethik* (55:2), S. 148.

²⁹⁶ Klessmann, M. (2014): Im Strom der Zeit. Von der evangelischen über die ökumenische zur interkulturellen Seelsorge und Spiritual Care. In: *Wege zum Menschen* (66), S.14.

²⁹⁷ Roser, T. (2009): Spiritual Care - neuere Ansätze seelsorgerlichen Handelns. In: Körtner, U. u.a. (Hg.), *Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett*, S. 81-90.

²⁹⁸ Frick, E. (2009): Spiritual Care. Ein neues Fachgebiet der Medizin. In: *Z Med Ethik* (55:2), S. 145–150.

²⁹⁹ Heller, B. & Heller, A. (2011): Spiritualität und Spiritual Care. In: *Junge Kirche*, 72 (4), S. 16.

wird.³⁰⁰ Weil er vorwiegend auf eine innerweltliche, sprich horizontale Perspektive begrenzt wird, blendet er die ausserweltlich-vertikale Perspektive des persönlichen Bezugs zum Transzendenten, Göttlichen und Heiligen aus. Wenn Forscher, wie zum Beispiel Arndt Büssing, Transzendenz als eine von vier Dimensionen von Spiritual Care beschreiben,³⁰¹ so wird die Beziehung zum Transzendenten als Selbst-Überschreitung oder Selbst-Transzendenz verstanden. Zugleich erschwert sich die Definitionsproblematik durch die Verhältnisbestimmung von Religiosität und Spiritualität. Für Erhard Weiher sollte Spiritualität deshalb nicht als Gegenbegriff zur Religion verwendet werden.³⁰² Eberhard Hauschildt plädiert dafür, den Spiritualitätsbegriff nicht der inhaltlichen Beliebigkeit preiszugeben, sondern als Kraft eigener Art zu deuten: „*Spiritualität wäre dann erst da gegeben, wo Transzendenz erfahren und als Kraft eigener Art gedeutet wird*“.³⁰³ In diesem Sinne plädiert Hauschildt dafür, dass schwerkranken und sterbenden Menschen unter dem Label „Spiritual Care“ der Transzendenzbezug, Gott oder das Göttliche nicht vorenthalten werden darf.

International anerkannte Spiritualitätsdefinitionen

In einem folgenden Schritt soll nun versucht werden, anhand der am häufigsten zitierten Spiritualitätsdefinitionen die Charakteristika der dahinterliegenden Spiritualitätsverständnisse herauszuarbeiten.

Spiritualitätsdefinition der Consensus Conference von 2009³⁰⁴

„Spirituality is the aspect of humanity that refers to the way individuals seek and express meaning and purpose and the way they experience their connectedness to the moment, to self, to others, to nature and to the significant of sacred“.

Charakteristika: Spiritualität wird als menschliche Komponente und als Ausdrucksform von Sinnfindungsprozessen verstanden. Spiritualität bestimmt die Art der Verbundenheit zu sich selbst, zu anderen Menschen, zur Natur oder zum Heiligen.

Bigorio-Richtinen von 2008³⁰⁵ ***zur best practice in der Schweiz***

„Spiritualität durchdringt alle Dimensionen menschlichen Lebens. Sie betrifft die Identität des Menschen, seine Werte, alles, was seinem Leben Sinn, Hoffnung, Vertrauen und Würde verleiht. Spiritualität wird erlebt in der Beziehung zu sich selbst, zu anderen und zum Transzendenten (Gott, höhere Macht, Geheimnis)“.

³⁰⁰ Nauer, D. (2015): Spiritual Care statt Seelsorge?, S. 95.

³⁰¹ Büssing, A., Balzat, HJ. & Heusser, P. (2010): Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer - validation of the spiritual needs questionnaire. In: *European Journal of Medical Research* (15:6), S. 266–273.

³⁰² Weiher, E. (2014): Spiritualität und Würdeempfinden. Möglichkeiten spiritueller Begleitung am Lebensende. In: Feinendegen, N. u.a. (Hg.), *Menschliche Würde und Spiritualität*, S. 418-419.

³⁰³ Hauschildt, E. (2013): 'Spiritual Care' - eine Herausforderung für die Seelsorge? In: *Materialdienst der EZW* 76 (3), S. 83.

³⁰⁴ Puchalski, C.M., Ferrel, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P. & Bull, J. (2009): Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. In: *J Palliat Med* (12), S. 885–905.

³⁰⁵ BIGORIO (2008): Empfehlungen zu Palliative Care und Spiritualität. Konsens zur „best practice“ für Palliative Care in der Schweiz.

Charakteristika: Spiritualität wird verstanden als allumfassende Komponente, welche die Identität, Sinnfindung und Wertvorstellungen umfasst und als Beziehung (zu sich selbst, zu anderen Menschen oder zum Transzendenten) erfahrbar wird.

Konzept des Arbeitskreises Spirituelle Begleitung der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DPG)³⁰⁶

„Unter Spiritualität kann die innere Einstellung, der innere Geist wie auch das persönliche Suchen nach Sinngebung eines Menschen verstanden werden, mit dem er versucht, Erfahrungen des Lebens und insbesondere auch existentiellen Bedrohungen zu begegnen“.

Charakteristika: Spiritualität wird verstanden als Eigenschaft (Einstellung) oder innerer Geist. Sie erhält mit der Sinnsuche eine funktionale Komponente, um existentiellen Bedrohungen zu begegnen.

Spiritualitätsdefinition nach Erhard Weiher 2014³⁰⁷

„Spiritualität wird verstanden als der innere Geist, aus dem heraus ein Mensch sein Leben empfindet, er sich inspiriert fühlt, sein Leben – nicht unbedingt bewusst – gestaltet und mit dem er auch in Krisen, Krankheit und Sterben hineingeht... Spirituelle Erfahrung geschieht dort, wo ein Mensch sich mit dem Geheimnis des Lebens in Verbindung weiss... Spiritualität ist vielfältig ins Leben eingewoben als dessen innerste Gestimmtheit und zugleich Motiv, aus dem das Leben bewusst oder viel öfter implizit verstanden und entworfen wird“.

Charakteristika: Spiritualität wird definiert als der innere Geist, aus dem ein Mensch sein Leben gestaltet. Spirituelle Erfahrung geschieht nicht in Beziehung, sondern dort, wo sich ein Mensch mit dem Geheimnis des Lebens in Verbindung weiss. In diesem Sinne wird die Verbindung zwischen dem inneren Geist des Selbst und des Transzendenten betont. Hervorgehoben werden die emotionalen und motivationalen Komponenten der Spiritualität, welche das eigene Leben entwerfen und gestalten.

Spiritualität als dynamischer Prozess und Beziehungsgeschehen

Ob nun Spiritualität als Einstellung, innerer Geist oder menschliche Komponente definiert wird, so zeigt sich eine Übereinstimmung aller Definitionen darin, dass Spiritualität erstens als *dynamischer Prozess* und zweitens als *Beziehungsvariable* verstanden wird. Dabei fällt im Vergleich zu verschiedenen Seelsorgekonzepten auf, dass der Beziehung zum eigenen Selbst oder der eigenen Identität eine wichtige Bedeutung zugeschrieben wird. Von dieser Identität her wird dann auch die Beziehung zum Transzendenten und zum Mitmenschen gedeutet. So zeichnet sich Spiritual Care durch eine starke Orientierung am Subjekt und durch individuelle persönliche Erfahrungen aus. Obwohl die verschiedenen

³⁰⁶ www.dgpalliativmedizin.de/arbeitskreise/ak-spirituelle-begleitung.html (15.3.2011).

³⁰⁷ Weiher, E. (2014): Spiritualität und Würdeempfinden. Möglichkeiten spiritueller Begleitung am Lebensende. In: Feinendegen, N. u.a. (Hg.), Menschliche Würde und Spiritualität, S. 413/418, 419, zitiert nach Nauer, D., Spiritual Care statt Seelsorge? S. 54.

Definitionen Religiosität nicht ausschliessen, lässt sich in den Spiritualitätsdefinitionen eine Distanzierung zur kirchlichen Lehre beobachten, die das menschliche Leben aus der Perspektive oder dem Wort Gottes deutet. In diesem Sinne bringen die verschiedenen Definitionen sehr treffend zum Ausdruck, worum es dem Menschen in unserer heutigen modernen Gesellschaft geht: Seine Identität zu entfalten und sie in der Gestaltung von Beziehung und Handlung in die Gesellschaft einzubringen.

5.5.1 Herausforderung der verschiedenen Spiritualitätsdefinitionen

Wie verschiedene Befragungen zu Religiosität und Spiritualität zeigen, gibt es in der Spiritual Care verschiedene Annahmen, die sich bei näherer Betrachtung als problematisch erweisen.

Prämissen und Annahmen von Spiritualitätsdefinitionen

Prämisse 1: „jeder Mensch ist spirituell“

Wie verschiedene Studien gezeigt haben, gibt es einen nicht unerheblichen Teil der Bevölkerung, der sich als weder religiös noch spirituell bezeichnet.³⁰⁸ Dennoch gehen verschiedene Konzeptionen und Definitionen von der ungeprüften Annahme aus, dass „alle Menschen spirituell sind“. Deshalb ist an dieser Stelle der Aussage von Birgit Heller zuzustimmen: *„Wenn ein erheblicher Teil der Menschen sich selbst weder als religiös noch als spirituell bezeichnet, sollten sie weder religiös noch spirituell vereinnahmt werden... Es kann nicht sein, dass einerseits die religiöse oder spirituelle Selbsteinschätzung zu bestimmten Prognosen oder gar zur Legitimation von religiösen bzw. spirituellen Angeboten in Institutionen führt, andererseits das Selbstverständnis nichtreligiös/nichtspirituell heruntergespielt bzw. uminterpretiert wird, indem ein ‚säkularer Humanismus‘ zu einer Spielart von Spiritualität wird“.*³⁰⁹

Prämisse 2: Spiritual Care als voraussetzungsloses Angebot für alle

Aus dieser ersten Überzeugung geht die zweite Prämisse hervor, dass Spiritual Care ein voraussetzungsloses Angebot für *alle Menschen* sein soll.³¹⁰ Deshalb muss bei der Umsetzung von Spiritual Care die Entscheidungsfreiheit des Patienten durch vorgängige Einwilligung gebührend berücksichtigt werden. So muss für den Patienten in transparenter Weise gewährleistet sein, dass eine Ablehnung von spirituellen Interventionen keinerlei Nachteile in der Behandlung mit sich bringt. Oft stehen für schwerkranke Menschen die Behandlung von belastenden körperlichen und psychischen Symptomen, und nicht die Auseinandersetzung mit Sinnfragen im Vordergrund. In diesem Sinne erfordert

³⁰⁸ Bützberger, P., Gasser, R., Meffert, C., Caspar, C., Beer, H.J. & Becker, G. (2014): The Spiritual Dimension in Oncology - A Survey among Swiss Oncologists, S. 4ff.

³⁰⁹ Heller, B. (2014d): Spiritualität versus Religion/Religiosität. In: Heller, B. & Heller, A. Spiritualität und Spiritual Care. München: Huber, S. 47-68.

³¹⁰ Nauer, D. (2015): Spiritual Care statt Seelsorge?, S. 55.

die spirituelle Begleitung eine sensible Wahrnehmung der spezifischen Bedürfnisse der Betroffenen als wichtige Voraussetzung.

Prämisse 3: Jeder Mensch ist zu einer spirituellen Begleitung fähig

Aufgrund der spirituellen Veranlagung aller Menschen wird davon ausgegangen, dass „prinzipiell jeder Mensch fähig ist, einen anderen spirituell zu begleiten“.³¹¹ Dies führt zur Haltung, dass Spiritual Care nicht nur in den Aufgabenbereich der Profis, sondern auch der Ehrenamtlichen fällt.³¹² Traugott Roser hält fest, dass Spiritualität nicht nur das ist, was der Patient dafür hält, sondern auch das ist, was der oder die MitarbeiterIn darunter versteht. Deshalb muss bei der Umsetzung der Patient davor geschützt werden, dass fremde Spiritualitätskonzepte auf ihn übertragen werden. Zumal er gegenüber den handelnden Fachpersonen in einem Abhängigkeitsverhältnis steht.

Weil jeder Patient im Kontext von Krankheit und Sterben Spiritualität auf eine andere Art erlebt, erfordert Spiritual Care eine Zusammenarbeit auf der Basis unterschiedlichster Spiritualitätsformen.³¹³ Dabei stellt sich die Frage, wie dieses Miteinander verstanden und begründet werden soll. So besteht beim aktuellen Zeitdruck bei den verschiedenen Berufsgruppen die Gefahr des multidisziplinären Nebeneinanders. Deshalb können für Patienten nur Interventionen in Spiritual Care hilfreich sein, die eine Haltung von gegenseitigem Respekt, Vertrauen, Offenheit und Toleranz zum Ausdruck bringen.

5.5.2 Das Neutralitätsparadigma

Wie die Interviews mit medizinischen Fachpersonen gezeigt haben, besticht das Konzept der Spiritual Care durch eine sogenannte weltanschauliche „Neutralität“. Jedoch wird in der Auseinandersetzung mit der Psychologie schnell deutlich, dass auch „die Distanz zum Religiösen“ eine Position ist, welche im Gespräch Einfluss auf die Haltung des Gegenübers nimmt. In diesem Sinne kann man nicht von Neutralität als Option sprechen, da die persönliche Weltanschauung die therapeutische Patientenbeziehung und die berufliche Haltung wesentlich mitbestimmt. Paradigmen der Neutralität und Offenheit führen zum Versuch, „Rituale und Symbolhandlungen, aber auch Redeweisen und Semantiken weitgehend zu entkonfessionalisieren“.³¹⁴ Doch zeigen sich nicht nur Akzente und Verschiebungen im Bereich der Interreligiosität, sondern auch der Religionstranszendenz. So werden immer mehr auch Natur- oder Lichtsymbole integriert, die sich in esoterischen Bewegungen finden. Aus dieser halte ich es in der aktuellen Entwicklung von Spiritual Care für wichtig, Spiritual Care aus einer anthropologischen Perspektive zu verstehen. Jedoch darf der Fokus auf das einzelne Individuum in der Spiritual Care nicht zu

³¹¹ Hagen, T. (2011): Qualifizierungskurs Palliative Care für Seelsorgende. Curriculum und Einführung, S. 19.

³¹² Nauer, D. (2015): Spiritual Care statt Seelsorge? S. 56.

³¹³ Ebd., S. 60.

³¹⁴ Heller, A. (2014b): Spiritualität in der Hospizbewegung. In: Feinendegen, N. u.a. (Hg.) Menschliche Würde und Spiritualität in der Begegnung am Lebensende. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 191-212.

einer Vernachlässigung des Dialogs führen, indem die eigenen Bedürfnisse zum einzigen handlungsleitenden Kriterium werden. Dies führt zur Forderung, dass Spiritual Care die Bedürfnisse von allen beteiligten medizinischen Fachpersonen, Seelsorgenden und PatientInnen ins Blickfeld nimmt und die Kommunikation unter den verschiedenen Beteiligten fördert.

5.5.3 Interventionsebenen von Spiritual Care

Aufgrund der obengenannten Herausforderungen gilt es als nächstes zu klären, was unter einer spirituellen Intervention überhaupt verstanden wird, und welche Berufsgruppe für welche Interventionsebene zuständig ist. Wie die Auseinandersetzung mit der Fachliteratur zeigt, ist Spiritual Care zunächst einmal Da-Sein, Sich-Zeit-Nehmen und Nicht-Allein-Lassen. Diese Beziehung ermöglicht dem Schwerkranken das Erleben, als einmalige Person mit einmaligen Beziehungen und einer einmaligen Lebensgeschichte wahrgenommen und geachtet zu werden.³¹⁵

Bedeutung von Compassion und Whole System Care

Wie in Kapitel 8 weiter ausgeführt wird, kommt dem Konzept der Compassion³¹⁶ eine grosse Bedeutung zu. Compassion bedeutet übersetzt „starkes Mitgefühl“ und charakterisiert ein tiefes Bewusstsein für das Leiden eines Andern, verbunden mit dem Wunsch, dieses zu erleichtern. So sind in der Spiritual Care Wertschätzung, Akzeptanz, Achtsamkeit und empathisches Einfühlungsvermögen zentrale Grundvoraussetzungen. Zugleich gilt es, im Konzept der Compassion auch die Bedürfnisse der Fachpersonen mit zu berücksichtigen. Dies führt in der persönlichen Reflexion zur Auseinandersetzung mit dem, was den einzelnen Fachpersonen im Leben Sinn und Bedeutung gibt. Zugleich ist Spiritual Care nicht nur *whole person*, sondern *whole system care*. Spiritual Care setzt sich mit dem ganz persönlichen Beitrag auseinander, den die einzelnen Teammitglieder in das interprofessionelle Team einbringen. Die gemeinsame Teamkultur soll es dem einzelnen Caregiver ermöglichen, eigene Bedürfnisse im interprofessionellen Diskurs einzubringen. Dies ist deshalb bedeutsam, weil unheilbar kranke und sterbende Patienten ihre Betreuer immer wieder mit den Grenzen der modernen Medizin konfrontieren. So sind für alle Berufsgruppen Auseinandersetzungen mit der persönlichen Spiritualität, der eigenen Rolle im interprofessionellen Team sowie der Wahrnehmung der Patientenbedürfnisse von grosser Bedeutung.

³¹⁵ Weiher, E. (2014): Spiritualität und Würdeempfinden. Möglichkeiten spiritueller Begleitung am Lebensende. In: Feinendegen, N. u.a. (Hg.): Menschliche Würde und Spiritualität, S. 415.

³¹⁶ International Research Center for Communication in Healthcare (2011-2013): International Collaborative for Communication in Healthcare. All rights reserved.

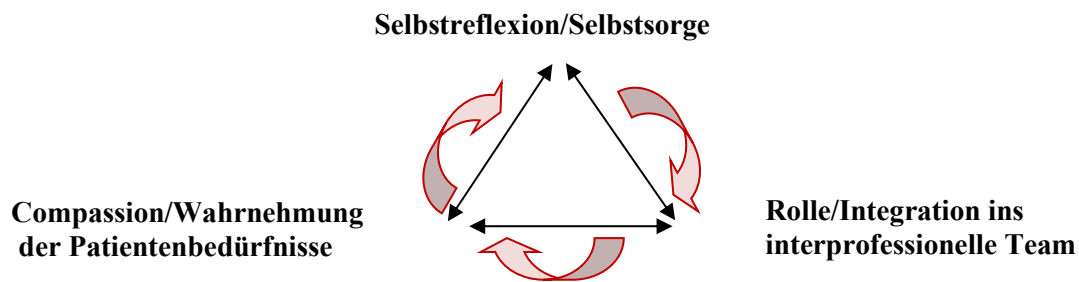


Abbildung 3: Interventionsebenen in Spiritual Care

Die Förderung der Wahrnehmungskompetenz und der interprofessionellen Kommunikation gelten als wichtige Grundvoraussetzungen in der Spiritual Care, die es in Schulungs- und Weiterbildungsmodulen für alle Berufsgruppen entsprechend zu fördern gilt.

5.5.4 Spirituelle Interventionen

Neben der Wahrnehmungsebene gibt es aktuell zahlreiche Diskussionen, welche die Interventionsebene betreffen. Was ist eine spirituelle Intervention, und in welchem Zusammenhang steht diese zur beruflichen Tätigkeit? Als eine solche Interventionsform in Spiritual Care wurde in den USA mit dem FICA ein spirituelles Assessmentinstrument entwickelt. Anhand dieses Anamnesemodells werden bei Patienten verschiedene Formen und Bedeutungen von Spiritualität erhoben. Dieses im nordamerikanischen Raum entwickelte standardisierte Assessment-Modell wurde später vom Münchner Spiritual Care Lehrstuhl unter der Abkürzung SPIR übernommen. Um mit geringem Zeitaufwand bei Patienten eine spirituelle Anamnese zu erheben, wird die folgende standardisierte und halbstrukturierte Interviewform eingesetzt:³¹⁷

| | | |
|----------|---|--|
| S | Spirituelle und Glaubensüberzeugungen | Würden Sie sich im weitesten Sinne als gläubigen (religiösen/spirituellen) Menschen betrachten? |
| P | Platz und Einfluss dieser Überzeugungen im Leben des Patienten | Sind die Überzeugungen, von denen Sie gesprochen haben, wichtig für Ihr Leben und Ihre gegenwärtige Situation? |
| I | Integration in spirituelle, religiöse, kirchliche Gemeinschaft/Gruppe | Gehören Sie zu einer spirituellen/religiösen Gemeinschaft (Gemeinde, Kirche, spirituelle Gruppe?) |
| R | Rolle des Arztes | Wie soll ich als Arzt/Seelsorger/Krankenschwester usw. mit diesen Fragen umgehen? |

³¹⁷ Gratz, M. & Roser, T. (2014): Spiritualität in der Medizin – ein Widerspruch? In: Schnell, M.W. & Schulz, Ch. (Hg.): Basiswissen Palliativmedizin, S. 239.

Wie untenstehend weiter ausgeführt wird, stellt die spirituelle Anamnese die klinische Praxis vor Herausforderungen. So haben verschiedene Erfahrungen in der Schweiz, in Deutschland und in den USA gezeigt, dass die meisten ÄrztInnen in säkularisierten Gesellschaften ein grosses Unbehagen haben, Patienten nach ihrem religiösen Hintergrund zu befragen. Zumal die zeitlichen Ressourcen in der medizinischen Praxis sehr begrenzt sind und das Sprechen über Religion als intimer Themenbereich gilt. Während zu Beginn der Spiritual Care Entwicklung das spirituelle Assessment als „State of the Art“ galt, wird es an den internationalen Konferenzen zunehmend ruhiger um die spirituellen Anamnesen. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass spirituelle Anamnesen zwar der gängigen Anwendung der evidenzbasierten Medizin entsprechen, die Erhebung jedoch in der klinischen Praxis einer säkularisierten Gesellschaft unter dem Aspekt von Zeitdruck des medizinischen Personals kaum umsetzbar ist.

5.5.5 Vertraulichkeit und Dokumentation von Informationen

Gemäss den Kriterien der Evidence based Medicine sind die Ergebnisse der Spirituellen Anamnese schriftlich zu dokumentieren, um alle Teammitglieder in denselben Kenntnisstand zu setzen. Wie verschiedene Untersuchungen gezeigt haben,³¹⁸ gilt im europäischen Raum das Sprechen über Spiritualität und Religiosität als noch intimer als Gespräche über Sexualität. Dies hat zur Folge, dass Gespräche über Spiritualität einen besonderen Raum des Vertrauens benötigen. Wie Doris Nauer ausführt, erfordert das Gespräch über spirituelle Bedürfnisse eine Art ‚spirituellen Resonanzraum‘, der es einem Patienten erst ermöglicht, den eigenen ureigenen tiefsten Fragen und Hoffnungen nachzuspüren.³¹⁹ Eckhard Frick³²⁰ umschreibt dieses Geschehen, unter Verweis auf Erhard Weiher und seinen jesuitischen Mitbruder Karl Rahner,³²¹ als *„gemeinsame Wahrnehmung der Geheimnisdimension menschlicher Existenz mitten in der Alltagsroutine“*. Nach Birgit und Andreas Heller ist *„Spiritual Care keine planbare Technik, sondern wächst aus Beziehungen“*.³²² In Bezug auf die spirituelle Anamnese eröffnet sich in Anbetracht des aktuellen Zeitdrucks von medizinischen Fachpersonen an dieser Stelle eine grosse Diskrepanz. Wie die nicht publizierten Erfahrungen von medizinischen Fachpersonen in Institutionen zeigen, haben diese im Schnitt für das spirituelle Assessment weniger als zehn Minuten zur Verfügung. Dies steht nicht nur in einem starken Kontrast zur propagierten Geheimnisdimension, sondern stellt die medizinische Praxis vor ethische Probleme. Ist es aus ethischer Sicht vertretbar, in nur sechs Minuten in die Privatsphäre von Patienten einzudringen und die Informationen dieser Geheimnisdimension für alle medizinischen Fachpersonen in der Krankendokumentation öffentlich zu machen?

³¹⁸ Bützberger, P., Gasser, R., Meffert, C., Caspar, C., Beer, H.J. & Becker, G. (2014): The Spiritual Dimension in Oncology - A Survey among Swiss Oncologists, S. 3ff.

³¹⁹ Nauer, D. (2015): Spiritual Care statt Seelsorge? S. 69.

³²⁰ Frick, E. (2014): Spiritual Care - ein Zeichen der Zeit? In: *Geist und Leben* (3), S. 284.

³²¹ Gratz, M. & Roser, T. (2014): Spiritualität in der Medizin – ein Widerspruch? In: M.W. Schnell & Ch. Schulz (Hg.): *Basiswissen Palliativmedizin*, S. 259.

³²² Heller, B. & Heller, A. (2011): Spiritualität und Spiritual Care, In: *Junge Kirche*, 72, S. 17.

Es stellt sich die Frage, ob eine Universitätsklinik mit hoher Fluktuation von Mitarbeitern tatsächlich der geeignete Ort für eine spirituelle Selbstmitteilung ist?³²³ Als Therapeutin weist Monika Müller darauf hin, dass ein spirituelles Assessment bei der ersten Kontaktaufnahme dazu führen kann, dass durch das Ansprechen der intimen und lebensgeschichtlich oft nicht unbelasteten Thematik die Unbeschwertheit der Beziehungsaufnahme verloren geht.³²⁴ Die Autoren warnen davor, dass spirituelle Fragebogen zu einem Leistungsausweis für die Behandler werden („Bei uns wird Spiritualität erfasst“), der Patient schlimmstenfalls durch die privaten und persönlichen Fragen belastet und keinen Nutzen ziehen kann.

Isabelle Noth rät gar zu einer „spirituellen Verweigerungshaltung“: *„Wenn ich Messinstrumente wie SPIR anschau... so ist meine spontane Reaktion als Seelsorgerin: Hoffentlich getraut sich die Person angesichts der Asymmetrie von Arzt und PatientIn, die Auskunft auch zu verweigern. Gerne möchte ich von Seiten der Seelsorge sagen: Das sind Dinge, die man nicht abfragt, sondern erfährt, und zwar, wenn man das Vertrauen einer Person gewonnen hat“.*³²⁵ Da ein Patient jedoch von seinem behandelnden Arzt abhängig ist und in der Pflege eine Verweigerung von Aussagen schnell mit dem Label „unkooperativ“ versehen wird, sind sie für den Patienten mit einem gewissen Risiko behaftet. Grundsätzlich gilt es bei den Diskussionen um das spirituelle Assessment festzuhalten, dass es bislang im europäischen Raum keine verlässlichen Studien darüber gibt, inwiefern die Patienten von einem solchen Assessment profitieren. In diesem Sinne ist in Weiterbildungen davor zu warnen, medizinischen Fachpersonen ein solches Instrument in die Hand zu geben, ohne dass Validierungs- und Wirksamkeitsstudien vorliegen. Verschiedene Theologen stellen deshalb die Frage in den Raum, ob spirituelle Anamnesebögen wirklich der geeignete Weg sind, um spirituellen Patientenbedürfnissen auf die Spur zu kommen?³²⁶ In diesem Sinne kann vieles, was für einen Menschen erfüllend und „heilig“ ist, mit einer spirituellen Anamnese kaum benannt werden. Dabei stellt sich die Frage, ob und in welcher Form das, was Menschen als Grundlage ihrer Existenz erfahren, statistisch erfasst, operationalisiert und gemessen werden kann? Wie Eckhard Frick festhält, kommt es zu einer Vermischung von spirituellen Fragen mit Einflussfaktoren der Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität.³²⁷

³²³ Ebd., S. 18.

³²⁴ Müller M., Radbruch, L. & Kern, M. (2014): Spirituelle Begleitung im Hospiz- und Palliativkontext - eine Frage der Qualität. 11 Thesen zur Spiritualität. Online verfügbar unter www.monikamueller.com, zuletzt aktualisiert am August 2014.

³²⁵ Noth, I. (2014): Seelsorge und Spiritual Care. In: Noth, I. & Kohli Reichenbach, C. (Hg.), Palliative und Spiritual Care, S. 113.

³²⁶ Weiher, E. (2014): Spiritualität und Würdeempfinden. Möglichkeiten spiritueller Begleitung am Lebensende. In: Feinendegen, N. u.a. (Hg.), Menschliche Würde und Spiritualität, S. 417.

³²⁷ Frick, E. (2002): Glauben ist keine Wunderdroge. In: *Herderkorrespondenz*, 56, S. 42.

5.5.6 Erstellung eines „spirituellen Therapieplans“

Die Forschungsliteratur propagiert, anhand der spirituellen Anamnese einen „spirituellen Therapieplan“ zu erstellen.³²⁸ Mit dieser Forderung eröffnen sich zwei weitere Problemfelder:

1. Mit der Erstellung dieses spirituellen Therapieplans löst sich die spirituelle Intervention von der medizinischen Behandlung. Dies kann für einen Patienten insbesondere dann zum Problem werden, wenn die spirituellen Bedürfnisse in einem Widerspruch stehen zum ärztlich verordneten Behandlungsplan. Da Patienten in einem Abhängigkeitsverhältnis zu ihrem Arzt oder der Pflegefachperson stehen, kann eine Befangenheit in Bezug auf die Bedürfnisäußerung nicht ausgeschlossen werden. Wie die verschiedenen Spiritualitätsdefinitionen zeigen, steht Spiritualität in enger Beziehung zum Bedürfnis nach Beziehung und Vertrauen. Daher lässt sich auch das Eingehen auf spirituelle Patientenbedürfnisse bei den medizinischen Fachpersonen nicht von der medizinisch-therapeutischen Begleitung und Beziehung lösen.
2. Mit der spirituellen Therapieplanung wird die Spiritualität in problematischer Weise „funktionalisiert“, indem sie zur Erreichung eines bestimmten Therapieziels eingesetzt wird.

5.5.7 Umgang mit der Defizitorientierung

Nimmt man das in vielen Spitälern für die Qualitätszertifizierung verwendete Distress-Thermometer zur Hand, so fällt auf, dass in diesem Assessment die Frage zur Religiosität mit der Bezeichnung „Verlust des Glaubens“ defizitbezogen formuliert ist. Dies kann gewissermassen als „Begleiterscheinung“ der modernen Medizin verstanden werden. Im Zuge der Kosteneinsparungen und Fallpauschalen ist das ressourcenorientierte Denken immer mehr aus dem Blickfeld geraten. So sind die zur Verfügung stehende Zeit des Fachpersonals und die finanziellen Mittel oftmals nur noch dafür ausreichend, um die wichtigsten Defizite zu beheben und den Patienten für den Alltag so gut als möglich wieder „funktionstüchtig“ zu machen. Aus dieser Perspektive scheint es nicht verwunderlich, dass auch die Interventionen von Spiritual Care in diesen defizitorientierten Fokus geraten. Zugleich gilt es sich aus ethischer Sicht kritisch mit der Frage auseinanderzusetzen, ob die spirituellen Bedürfnisse eines Patienten schriftlich in der Pflegeplanung festgehalten werden sollen. So müsste aus ethischer Sicht mit dem Patienten vorgängig geklärt werden, eine solche für alle zugängliche Dokumentation auch tatsächlich seinem Wunsch entspricht. Eine Sensibilisierung des Pflegeteams halte ich deshalb für sehr wichtig, weil gemäss Andreas Heller ExpertInnen von Spiritual Care in „Schnellverfahren geschult und mit Assessment-Instrumenten ausgestattet werden, um ‚spirituelle Zusatzleistungen‘ zu erbringen“.³²⁹

³²⁸ Nauer, D. (2015): Spiritual Care statt Seelsorge? S. 74.

³²⁹ Heller, A. (2024): Christliche Krankenhausseelsorge, S. 91.

5.5.8 Kompetenzen in Bezug auf spirituelle Interventionen

Als unbestritten gilt die Tatsache, dass Spiritual Care in einem interprofessionellen Netzwerk arbeitet.³³⁰ So bringen alle Berufsgruppen ihre berufsspezifischen und persönlichen Kompetenzen in das interprofessionelle Team ein. Unterschiedliche Meinungen gibt es in Bezug auf die Frage nach dem Erwerb spezifischer Kompetenzen. Während die einen für eine professionsübergreifende Grundhaltung ohne Erwerb zusätzlicher Kompetenzen plädieren,³³¹ differenzieren andere zwischen der Ebene der Wahrnehmung und Intervention. Wie die Auseinandersetzung mit der Forschungsliteratur zeigt, besteht ein Konsens darin, dass alle MitarbeiterInnen eine spirituelle Basiskompetenz im Sinne einer spirituellen Wahrnehmungskompetenz benötigen. Was die Ebene der Intervention betrifft, zeigen sich Differenzen in den verschiedenen Positionen. So plädiert Eckhard Frick für spezifische spirituelle Kompetenzen, die in Bezug auf die spirituelle Anamnese erlernt und trainiert werden müssen.³³² Wie Roser und Gratz festhalten, darf Spiritual Care jedoch nicht bei der spirituellen Anamnese stehen bleiben. Wem auch immer ein Patient die Aufgabe der spirituellen Begleitung anvertraut, so gelte es, Spiritualität als Ressource und Kraftquelle zu erschliessen.³³³ Dabei plädieren die Autoren für das folgende Spezialkompetenzprofil:³³⁴

- Spirituelle Versprachlichungs-, Dialog- und Deutungskompetenz
- Spirituelle Erschliessungs-, Vertiefungs- und Bearbeitungskompetenz
- Rituell-liturgische Kompetenz
- Theologisch-seelsorgliche Kompetenz

Während manche VertreterInnen von Spiritual Care für den Erwerb spirituell-seelsorglicher Fähigkeiten bei allen Teammitgliedern votieren, plädiert Erhard Weiher für folgende Aufgabenteilung: *„Alle Begegnungsberufe haben die Aufgabe dieser spirituellen Wahrnehmung. Aber nicht alle Berufe haben die Aufgabe der spirituellen Erschliessung und Vertiefung“*.³³⁵ Aus Weiher's Perspektive liegt alles, was über die spirituelle Wahrnehmung und Berührung hinausgeht, im Aufgabenbereich religiös-spirituellem SpezialistInnen. Da in der Schweiz nur die Spitalseelsorge über eine solche Kompetenz verfügt, sollte gemäss Weiher die Seelsorge in den „spirituellen Therapieplan“ miteinbezogen werden. Ich stimme in der vorliegenden Arbeit insofern mit Weiher's These überein, dass der Aufgabenbereich der spirituellen Versprachlichungs- und Deutungskompetenz sowie die Vertiefungs- und Bearbeitungskompetenz in den Zuständigkeitsbereich der Spitalseelsorge, nicht jedoch des medizinischen Behandlungsteams

³³⁰ Frick, E. (2012): Wie arbeitet Spiritual Care? Zwölf Thesen für den aktuellen interdisziplinären Diskurs. In: Spir Care (1), S.71.

³³¹ Stiegler, S. (2012): Spiritual Care - eine Haltungsfrage. In: Geistesgegenwärtig pflegen, S. 249.

³³² Frick, E. (2014) : Pausen und Noten. Spiritual Care kann bei Pflegern und Ärztinnen für Entlastung sorgen. In: *Zeitzeichen* (15; 5), S. 16.

³³³ Roser, T. & Gratz, M. (2011): Spiritualität in der Sterbebegleitung. In: Kränzle, S. u.a. (Hg.): Palliative Care, S. 57.

³³⁴ siehe Nauer, D. (2015): Spiritual Care statt Seelsorge? S. 78.

³³⁵ Weiher, E. (2014): Spiritualität und Würdeempfinden. Möglichkeiten spiritueller Begleitung am Lebensende. In: Feinendegen, N. u.a. (Hg.): Menschliche Würde und Spiritualität, S. 419.

gehört. Jedoch plädiere ich nicht dafür, eine „spirituelle Therapieplanung“ von den medizinisch-therapeutischen Behandlungszielen zu entkoppeln. Aus dieser Betrachtungsperspektive halte ich die Integration der Spitalseelsorge in das medizinisch-therapeutische Behandlungsteam und die interprofessionellen Rapporte für zentral, wenn auch die Form der Integration zu diskutieren ist. Wie auch immer Spiritual Care in der Praxis umgesetzt wird, bedarf es verbindlicher Qualitätsanforderungen für die Umsetzung sowie Qualitätslabels für Weiterbildungsangebote, welche medizinische Fachpersonen in Spiritual Care ausbilden. So kann es in der Ausbildung nicht nur darum gehen, in einem Wochenkurs eine bestimmte „Technik“ oder Assessmentstrategie zu „erlernen“. Vielmehr geht es um die Kompetenz, die Bedeutung und Auswirkungen von Interventionen im Umfeld des Patienten und des Systems Krankenhaus auch bezüglich ethischer Konsequenzen kritisch zu reflektieren und zu diskutieren.

5.5.9 Ziele von Interventionen in Spiritual Care

Analog zum Modell von Stolz et al.³³⁶ halte ich es in der Spiritual Care für wichtig, spirituelle Interventionen nicht isoliert, sondern im Gesamtkontext der Patientensituation zu betrachten. Dabei sollten bei der Interventionsplanung stets die Rahmenbedingungen auf folgenden Ebenen berücksichtigt und einbezogen werden:

1. Mikroebene: Patientenebene

Wie werden spirituelle Bedürfnisse von Patienten in den medizinisch-therapeutischen Behandlungsplan integriert?

2. Mesoebene: Ebene der einzelnen Berufsgruppen und Organisationen

- a) Wie wird Spiritual Care in die interprofessionelle Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen integriert?
- b) Welche spirituellen Bedürfnisse und Einstellungen haben Fachpersonen verschiedener Berufsgruppen (ÄrztInnen, Pflege, Spitalseelsorge), und wie gehen die Fachpersonen und die Institution mit fremden Bedürfnissen um?
- c) Wie können durch Vernetzung von spitalinternen und -externen Angeboten die Behandlungs- und Begleitungscontinuität verbessert werden?

3. Makroebene: Ebene der gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen

- a) Welchen Beitrag leistet Spiritual Care für die Lebensqualität von unheilbar und chronisch kranken Menschen?
- b) Wie beeinflusst die marktwirtschaftliche Ökonomisierung die Umsetzung von Spiritual Care in Institutionen?

³³⁶ Stolz, J., Könemann, J., Schneuwly, P., Englberger, T. & Krüggeler, M. (2014): Religion und Spiritualität in der Ich-Gesellschaft. Vier Gestalten des (Un-)Glaubens. Beiträge zur Pastoralsoziologie (SPI-Reihe 16), S. 3ff.

6. Aktueller Forschungsstand in Spiritual Care

Wie der religionspsychologische Forschungsüberblick von Utsch zeigt, hat die in den letzten Kapiteln beschriebene inhaltliche Verschiebung von einer institutionell geprägten Religiosität zu einer individuell erlebnisorientierten Spiritualität auch methodische Konsequenzen.³³⁷ So lassen sich Religiosität und Spiritualität in der postmodernen Gesellschaft nicht mehr an der Anzahl von Gottesdienstbesuchen messen. Aufgrund dieser Entwicklung sind in den letzten Jahren Instrumente propagiert worden, welche die multidimensionale Struktur von Religiosität viel differenzierter abbilden können.³³⁸ Die steigende Anzahl von Beiträgen zum Zusammenhang von Medizin und Spiritualität macht deutlich, dass dieser Verbindung seit den 1990er Jahren sowohl in der Forschung als auch in der Praxis eine zunehmende Bedeutung zugewiesen wird.³³⁹ Wie der Konsens der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung zur „best practice“ in der Schweiz aufzeigt, gehört Spiritual Care als wichtiger Bestandteil der Palliative Care mit zur ganzheitlichen Versorgung des Patienten. Jedoch nimmt die Spiritualität nicht nur bei Palliativpatienten in der Krankheits- und Verlustbewältigung eine zentrale Bedeutung ein. Während das theoretische Konzept von Spiritual Care in seinen Anfängen hauptsächlich im Kontext von Palliative Care umgesetzt worden ist, hat es sich inzwischen längst auch auf andere Bereiche der Inneren Medizin ausgeweitet.

Inhaltliche Bestimmung und Messung von Spiritualität

Inzwischen liegt eine Reihe meist englischsprachiger Inventare zur inhaltlichen Bestimmung und Messbarkeit von Spiritualität³⁴⁰ vor, die jedoch mehrheitlich auf die äusserlichen Merkmalsbereiche und weniger auf die persönliche Bedeutung von Religiosität ausgerichtet sind.³⁴¹ Im wissenschaftlichen Feld impliziert die Thematisierung von Spiritualität die Aufgabe, die damit assoziierten Bedürfnisse und Kräfte der unheilbar und chronisch kranken sowie sterbenden Menschen zu beachten, und sie in gebührender Weise zu berücksichtigen.³⁴² Im Konsens zur „best practice“ für Palliative Care in der Schweiz³⁴³ kommt man zum Schluss, dass zu einer fachgerechten Krankengeschichte auch eine religiös-spirituelle Anamnese gehört. Obwohl die drei halbstrukturierten Klinischen Interviewmanuale SPIR,³⁴⁴

³³⁷ Utsch, M. (2008): Religionspsychologie: Ein Forschungsüberblick. Research Report. In: *IJPT* 2008 (12), S. 309 ff.

³³⁸ Huber, S. (2003): Zentralität und Inhalt. Ein neues multidimensionales Messmodell der Religiosität, S. 10ff.

³³⁹ Ostermann, T. (2006): Spiritualität und Religiosität: Konzepte, Messverfahren, Einfluss auf Gesundheit und Krankheit, Verlag für akademische Schriften, S. 54-68; Sinclair, S. et al. (2006): A Thematic Review of the Spirituality Literature within Palliative Care. In: *Journal of Palliative Medicine*, 9 (2), S. 466.

³⁴⁰ Büssing, A. (2008): Spiritualität – inhaltliche Bestimmung und Messbarkeit, *Prävention*, 02, S. 36.

³⁴¹ Utsch, M. (2005): Religiöse Fragen in der Psychotherapie: Psychologische Zugänge zu Religiosität und Spiritualität, S. 25ff.

³⁴² Baumann, K. (1011): Vermessung des Glaubens und Geheimnis des Menschseins. In: Büssing, A. (Hrsg.): Spiritualität transdisziplinär, S. 69.

³⁴³ BIGORIO 2008, Empfehlungen zu Palliative Care und Spiritualität. Konsens zur „best practice“ für Palliative Care in der Schweiz, S.4.

³⁴⁴ Frick, E., Riedner, C., Fegg, M.J., Hauf, S. & Borasio, G.D. (2005): A clinical interview assessing cancer patient's Spiritual Needs and preferences. In: *European Journal of Cancer Care*, 15, S. 238-243.

STIV³⁴⁵ und HOPE³⁴⁶ empfohlen werden, lassen sich diese in der Praxis des Klinikalltags bislang jedoch nicht umsetzen. Ein weiterer Schwerpunkt in der europäischen Forschung liegt in der Entwicklung und Validierung deutschsprachiger Fragebogen-Dokumentationen³⁴⁷, welche die spirituellen Bedürfnisse von schwerkranken Patienten erfassen.

Einige Experten schlagen vor, bei der Messung der komplexen Vielfalt religiöser und spiritueller Einstellungen stärker theoriegeleitet vorzugehen. So plädiert Sebastian Murken mit seiner Problemanzeige dafür, das Phänomen systematisch in allgemeinspsychologische Theorien einzubinden.³⁴⁸ Inzwischen gibt es einige Metaanalysen, welche die verschiedenen Forschungsarbeiten in vier Operationalisierungsklassen einteilen. Als einflussreich hat sich inzwischen die Gliederung einer Forschergruppe in der französischsprachigen Schweiz erwiesen,³⁴⁹ welche 1. Allgemeine Konzepte, 2. Spiritual Coping, 3. Spiritual Well-Being und 4. Spiritual Needs voneinander unterscheidet. Im folgenden Abschnitt sollen diese Klassifikationen anhand einzelner Studien verdeutlicht und dargestellt werden:

6.1 Allgemeine Konzepte

In der allgemeinen Konzeption geht es in der Forschung schwerpunktmässig um die Erfassung von religiösen und spirituellen Konzepten. Ausgangspunkt sind Beschreibungen von religiösen Einstellungen, religiösem Erleben sowie von religiösen/spirituellen Überzeugungen. Bei den allgemeinen Konzepten handelt es sich vorwiegend um kognitive und verhaltensbezogene Aspekte, die über die Zeit stabil, d.h. wenig veränderbar sind. Bekannte Manuale sind der SpREUK von Büssing et al.³⁵⁰ sowie der Curlin Fragebogen von Curlin et al.,³⁵¹ die ebenfalls in deutscher Sprache validiert worden sind.

6.2 Spiritual Coping

Neuere amerikanische Studien³⁵² weisen darauf hin, dass sich bestimmte Glaubenshaltungen und religiöse Einstellungen positiv auf die Krankheitsbewältigung auswirken und der Förderung von Gesundheit dienen. Folgende Bereiche von Spiritual Coping wurden untersucht:

³⁴⁵ Monod, S.M., Rochat, E. et al. (2010): The spiritual distress assessment tool. *BMC Geriatrics*, 10:88, S. 1-9.

³⁴⁶ Anandarajah G. & Hight, E. (2001): Spiritual and Medical Practice, *American Family Physician*, Vol 63, 1, S. 81-88.

³⁴⁷ Büssing, A., Balzat, H.J. & Heusser, P. (2010): Spiritual Needs of patients with chronic pain diseases and cancer - validation of the Spiritual Needs questionnaire. *European Journal of Medical Research*, 15(6), S. 266-273.

³⁴⁸ Murken, S. (2002): Religionspsychologie in Deutschland: eine Bestandesaufnahme. In: *Wege zum Menschen* (54), S. 185–196.

³⁴⁹ Monod, St., Brennan, M., Rochat, E., Martin, E., Rochat, St. & Büla, Ch.J. (2011): Instruments Measuring Spirituality in Clinical Research: A Systematic Review. In: *J Gen Intern Med.* (26:11), S. 1346-1357.

³⁵⁰ Buessing, A., Matthiessen, P.F. & Ostermann, T. (2005): Engagement of patients in religious and spiritual practices: Confirmatory results with the SpREUK-questionnaire as a tool of quality of life research. In: *Health and Quality of Life Outcomes* (3), S. 1–11.

³⁵¹ Curlin, F.A., Ryan, M.D., Lawrence, E., Odell, S., Chin, M.H., Lantos, J.D., Koenig, H.D. & Meador, K.G. (2007): Religion, Spirituality, and Medicine: Psychiatrists' and Other Physicians' Differing Observations, Interpretations, and Clinical Approaches. In: *Am J Psychiatry* (164:12), S. 1825–1831.

³⁵² Pargament, K.I., Koenig, H.G., Tarakeshwar, N. & Hahn, J. (2004): Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. In: *Journal of Health Psychology*, (9:6), S. 713–730.

Prozesse der Um- und Neubewertung

In der Therapie des Reframings wird die Um- oder Neubewertung einer Situation als kognitive Strategie eingesetzt. Dabei werden Patienten therapeutisch unterstützt, eine z.B. dem eigenen Verschulden zugeschriebene Krebserkrankung aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten. Diese Neudeutung hat zum Ziel, die mit der Erkrankung einhergehenden Emotionen von Depression, Angst oder Schuld durch positive Emotionen (wie z.B. Hoffnung oder Frieden) zu beeinflussen.³⁵³

Zielorientierte Problemlösung

Andere, vorwiegend in der westlichen Welt durchgeführte Studien, befassen sich mit problemorientierten Copingstrategien.³⁵⁴ Diese gehen von der Theorie aus, dass bedeutungsvolle Ziele im Leben einen positiven Einfluss auf die Krankheitsbewältigung und psychische Gesundheit von Patienten haben. Unter problemorientiertem Coping werden in den verschiedenen Studien Strategien zu Entscheidungsprozessen, Informationssuche, Planung und Konfliktlösung beschrieben. Die Strategien dienen dazu, die mit der Erkrankung einhergehenden Probleme zu bewältigen.³⁵⁵ Sekundär wirken sie sich positiv auf die Stimmung und die psychische Gesundheit aus.

Hoffnung

Wie verschiedene Studien zeigen,³⁵⁶ beschreiben Patienten mit fortgeschrittenen Krebsdiagnosen die Hoffnung als wichtigste Bewältigungsstrategie. Daher geht es in den verschiedenen therapeutischen Konzepten darum, bei betroffenen Patienten Hoffnung zu fördern. Interessant ist nun die Beobachtung, auf was sich die Hoffnung bei den untersuchten Patienten am häufigsten bezieht. Wie die qualitativen Interviews in der Studie von Sterba et al. zeigen, hoffen viele Patienten, bis zum Ende ihres Lebens, den Krebs zu besiegen oder hoffen auf mehr Zeit zum Leben. Dabei wird deutlich, dass von den Patienten grosse Hoffnungen in die medizinisch-therapeutischen Behandlungsmethoden gelegt werden. Wie die Interviewausschnitte aus dieser Studie deutlich machen, hoffen viele Patienten darauf, dass trotz bevorstehendem Tod noch eine weitere Therapie zur Verfügung steht. Deshalb beziehen sich diese Behandlungshoffnungen des Patienten weniger auf symptomlindernde, sondern häufiger auf lebensverlängernde Massnahmen. In diesem Sinne wird das Unterstützen von Hoffnung für die ÄrztInnen dann zur grossen Herausforderung, wenn in der palliativen Behandlung davon auszugehen ist, dass die Lebensqualität des Patienten kaum mehr von einer lebensverlängernden Massnahme positiv beeinflusst werden kann.

³⁵³ Folkman, S. (1997): Positive psychological states and coping with severe stress. In: *Soc Sci Med* (45), S. 1207–1221.

³⁵⁴ Emmons, R. A. (1986): Personal strivings: an approach to personality and subjective well-being. In: *Journal of Personality and Social Psychology* (54), S. 1058-1068.; Lazarus, R. S. (1991): Emotion and Adaption, S. 30 ff.

³⁵⁵ Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984): Stress, Appraisal and Coping, S. 34 ff.

³⁵⁶ Sterba, K. R., Zapka, J., Gore, E.I., Ford, M.E., Ford, D.W., Thomas, M. & Wallace, K. (2013): Dimensions of Coping in Advanced Colorectal Cancer, S. 523-524.

Kontrolle

Als sehr belastend wird von den Patienten der mit der fortschreitenden Erkrankung einhergehende Kontrollverlust beschrieben. Während für die einen Patienten die Anpassung an die Erkrankung ein Stück Kontrolle ermöglicht, ziehen es andere vor, ihr Schicksal der Kontrolle Gottes oder einer den Menschen übersteigenden Kraft anzuvertrauen. Dies geschieht in der Überzeugung, dass diese Kraft oder das Göttliche das eigene Schicksal zum Besten lenken. Wie eine Studie von Hack et al.³⁵⁷ mit Brustkrebspatientinnen zeigt, kann auch der Einbezug in den medizinisch-therapeutischen Behandlungsprozess einen positiven Einfluss auf das Kontrollbedürfnis und die Krankheitsbewältigung haben.

Religion und religiöse Praktiken

Obwohl PsychologInnen Religion und religiöse Überzeugungen lange nicht als Coping-Strategie betrachtet haben, belegen verschiedene Studien positive Zusammenhänge zwischen Religion/Spiritualität und Krankheitsbewältigung.³⁵⁸ Viele Patienten beschreiben Erkrankung als Chance für spirituelles Wachstum.³⁵⁹ Dieses Vertrauen in eine den menschlichen Horizont übersteigende Kraft wird durch religiöse Rituale und Gebete gestärkt. Auch Veränderungsprozesse werden im Zusammenhang mit der Erkrankung geschildert. So erhalten Lebensbereiche andere Prioritäten, indem z.B. der Wert von Beziehungen wieder neu entdeckt und gestärkt wird. Zugleich berichten amerikanische Studien über positive Auswirkungen von Ritualen auf die physische und psychische Gesundheit. Dabei kann die Symbolkraft eines Gebets einem einzelnen Betroffenen helfen, sich der Präsenz des ihn übersteigenden Transzendenten zu vergewissern. Dadurch eröffnet sich, inmitten der Gebrochenheit menschlichen Lebens, die Erfahrung von Zuwendung und Geborgenheit. Indem religiöse Werte und Glaubensvorstellungen geteilt werden, können Gefühle der Geborgenheit und des Aufgehoben-Seins durch die sozialen Beziehungen einer Glaubensgemeinschaft verstärkt werden. Wie die verschiedenen Studien aus dem angloamerikanischen Raum deutlich machen, werden Studien zum spirituellen Coping häufig anhand von religiösen Variablen und Handlungen erfasst. Dagegen scheint bei Atheisten das spirituelle Coping deutlich schwieriger erfassbar und operationalisierbar zu sein.

³⁵⁷ Hack, Th. et al. (1994): Relationship between preferences for decisional control and illness information among woman with breast cancer: a quantitative and qualitative analysis. In: *Soc Sci Med* (39:2), S. 279-289.

³⁵⁸ Koenig, H.G., George, L.K. & Siegler, I.C. (1988): The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. In: *Gerontologist* 28, S. 303-310 ; McIntosh et al. (1993): Religion's role in adjustment to a negative life event: coping with the loss of a child. In: *Journal of Personality and Social Psychology* (65), S. 812-821; Pargament, K.I., Ensing, D.S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., Van Haitsma, K.V. & Warren, R d(1990): God help me: Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. In: *American Journal of Community Psychology* (18), S. 793-824.

³⁵⁹ Pargament, K.I. & Ano, G.G. (2006): Spiritual resources and struggles in coping with medical illness. In: *Southern Medical Journal* October (99:10), S. 1161-1162.

Manuale zu Spiritual Coping

Die wichtigsten Manuale zur Erfassung von Spiritual Coping sind die Spiritual Support Scale von Ai³⁶⁰ und die Spiritual Strategies Scale von Nelson-Becker.³⁶¹ Einschränkung ist zu sagen, dass diese Manuale in validierter Form nur in englischer Sprache vorliegen. Während sich die Spiritual Support Scale auf die Bewältigungsstrategien der amerikanischen Bevölkerung im Zusammenhang mit dem Terroranschlag vom 11. September bezieht, erfasst die zweite Skala allgemeine spirituelle Coping Strategien von älteren Menschen.

6.3 Spiritual Well-Being

In der Medizin wird Spiritual Well-Being als einer der bedeutsamsten Einflussfaktoren auf die Lebensqualität am Lebensende verstanden.³⁶² Dabei verfolgen die verschiedenen Studien zu Spiritual Well-Being folgende Zielsetzungen:

1. Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Spiritual Well-Being und Symptomen psychischer Erkrankungen wie z.B. Depression, Hoffnungslosigkeit, Angst und Suizidgedanken.³⁶³
2. Interventionsstudien zu achtsamkeits- und bedeutungszentrierten Therapieprogrammen

Einige Studien beschreiben Kurzzeitinterventionen, die spirituelle oder existentielle Komponenten einschließen,³⁶⁴ wobei die meisten dieser Studien auf dem existenzphilosophischen Verständnis Viktor Frankls aufbauen.³⁶⁵ Dieses gründet in der Annahme, dass die existentielle Frustrierung des Sinnbedürfnisses psychische Erkrankungen auslösen oder verstärken kann. Im Zusammenhang mit Spiritual Well-Being werden vor allem kognitiv behaviorale Therapieformen untersucht. So zeigen Studien mit Krebspatienten einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem durch die Therapie unterstützten Sinnfindungsprozess und der Wahrnehmung des Selbstwerts.³⁶⁶ Indem sich ein verbessertes Selbstwertgefühl auf die Krankheits- und Symptombewältigung auswirkt, hat dies wiederum einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität des Patienten. Wie einzelne Studien zu bedeutungszentrierten Therapieprogrammen zeigen³⁶⁷, trifft dies auch dann zu, wenn die Patienten von körperlichen Symptomen

³⁶⁰ Ai, A.L., Tice, T.N., Peterson, C. & Huang, B. (2005): Prayers, Spiritual Support, and Positive Attitudes in Coping with the September 11 National Crisis. In: *Journal of Personality* (73:3), S. 763–792.

³⁶¹ Nelson-Becker, H. (2008): Development of a Spiritual Support Scale for Use with Older Adults. In: *Journal of Human Behavior in the Social Environment* (11:3-4), S. 195–212.

³⁶² Brady, M.J et al. (1999) : A case for including spirituality in quality of life measurement in Oncology. *Psycho-Oncology* (8), 417-428.

³⁶³ Breitbart, W., Rosenfeld, et al. (2012): Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. In: *Psychology* (19:1), S. 21–28.

³⁶⁴ Kissane, D.W., Block, S. et al. (2003): Cognitive-existential group psychotherapy for woman with primary breast cancer: a randomised controlled trial. In: *Psycho-Oncology* (12), S. 532–546; Coward, D. D. (2003): Facilitation of self-transcendence in a breast cancer support group:II. In: *Onc Nurs Forum* (30), S. 291–300.

³⁶⁵ Frankl, V. (2011): Ärztliche Seelsorge in der Praxis. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse und Vorarbeiten zu einer sinnorientierten Psychotherapie, S. 12ff.

³⁶⁶ Ando, M. et al. (2011): Reminiscence Cognitive Behavior Therapy for Spiritual Well-Being and Self-Esteem of Cancer Patients. In: *Journal of Cancer Therapy* (2), S. 105–109.

³⁶⁷ Breitbart, W., Rosenfeld, B. et al. (2012): Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. In: *Psychology* (19:1), S. 21–28.

(wie z.B. Schmerzen oder Fatigue) betroffen sind. Dabei wird Spiritual Well-Being in Zusammenhang mit weniger Hoffnungslosigkeit und einem geringeren Bedürfnis nach einer vorzeitigen Beendigung des Lebens gebracht.³⁶⁸ Krebspatienten berichten weiter darüber, dass ihnen Spiritualität hilft, Hoffnung, Dankbarkeit und positive Einstellungen in Bezug auf ihre Krankheit zu finden.³⁶⁹ Zugleich wird Spiritualität beschrieben als Quelle von Kraft, die Unterstützung bei der Sinnfindung und Krankheitsbewältigung gibt.³⁷⁰ Ein weiterer interessanter Befund ist, dass Spiritual Well-Being in engem Zusammenhang steht mit geringeren Werten von Distress. Darauf werde ich im nächsten Kapitel näher eingehen. So umfasst Spiritual Well-Being vorwiegend affektive und emotionale Ausdruckformen, die einen momentanen Zustand beschreiben und stärker veränderbar sind.

Ein bekanntes Manual zur Erfassung der Lebensqualität von Patienten ist der von der WHO entwickelte und kulturübergreifende WHO-QOL SRPB (Spirituality, Religion and Personal Beliefs),³⁷¹ der ebenfalls als validierte deutschsprachige Version vorliegt. Als das am häufigsten untersuchte und etablierteste Manual gilt der FACIT Sp (Functional Assessment of Chronic Illness-Therapy – Spiritual Well-Being),³⁷² der inzwischen in mehrere Sprachen übersetzt und an verschiedensten chronisch- und krebskranken Patientengruppen validiert worden ist.

6.4 Spiritual Needs

Verschiedene Autoren haben versucht, die in der Literatur beschriebenen spirituellen Bedürfnisse zu kategorisieren. In seiner Untersuchung differenziert Arndt Büssing³⁷³ vier miteinander verbundene Kerndimensionen: (1) Verbundenheit (Liebe, Zugehörigkeit, Partner-Kommunikation, Entfremdung etc.), (2) Friede (innerer Friede, Hoffnung, Ausgeglichenheit, Vergebung), (3) Sinn/Bedeutung (Lebenssinn, Selbstverwirklichung, etc.) und (4) Transzendenz (spirituelle Ressourcen, Beziehung zu Gott / dem Heiligen, Beten). Indem sich die Dimensionen den Kategorien sozial, emotional, existentiell und religiös zuordnen lassen, stellen sie einen konzeptionellen Bezugsrahmen für Forschung und Praxis dar.³⁷⁴

³⁶⁸ Breitbart, W. (2002): Spirituality and meaning in supportive care: Spirituality-and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced care. *Support Care Cancer*, 10 (4), S. 272-280.

³⁶⁹ Taylor, E. (2003): Spiritual Needs of patients with cancer and family caregivers. *Cancer Nursing*, 26 (4), 260-266.

³⁷⁰ Cancer institute. Facing Forward: Life after Cancer Treatment: Bethesda, MD: National Cancer Institute. Available at <http://cancer.gov/cancertopics/coping/life-after-treatment> (last accessed 1 November 2011).

³⁷¹ WHO (2013): The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). Online verfügbar unter: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77084/1/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.01_eng.pdf, zuletzt aktualisiert am August 2013.

³⁷² Bredle, J.M., Salsman, J.M., Debb, S.M., Arnold, B.J. & Cella, D. (2011): Spiritual Well-Being as a Component of Health-Related Quality of Life: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). In: *Religions* (2), S. 77–94.

³⁷³ Büssing, A., Balzat, HJ. & Heusser, P. (2010): Spiritual Needs of patients with chronic pain diseases and cancer - validation of the Spiritual Needs questionnaire. In: *European Journal of Medical Research* (15:6), S. 266–273.

³⁷⁴ Büssing A, Koenig H.G. (2010). Spiritual Needs of Patients with Chronic Diseases. *Religions* (1), S. 18-27; Büssing, A., Janko, A., Baumann, K., Hvidt, N.C., Kopf, A. (2013): Spiritual Needs among Patients with Chronic Pain Diseases and Cancer Living in a Secular Society. *Pain Medicine* (14), S. 1362–1373.

Offenbaecher, M., Kohls, N., Toussaint, L.L., Sigl, C., Winkelmann, A., Hieblinger, R., Walther, A., Büssing, A (2013): Spiritual Needs in Patients suffering from Fibromyalgia. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, Article ID 178547, S.13.

In Ihrer Übersichtsarbeit definieren Monod et al.³⁷⁵ die verschiedenen Dimensionen von spirituellen Bedürfnissen folgendermassen: 1. Bedeutung im eigenen Leben wird definiert als Orientierung, welche einem Kranken ermöglicht, die Balance im Leben aufrecht zu erhalten. 2. Transzendenz erschliesst sich als Bezugspunkt ausserhalb der eigenen Person, die Beziehung zu einem transzendenten Wesen ermöglicht oder Fundament des Lebens bildet. 3. Die Dimension des Wertesystems wird definiert als Bezugspunkt, an dem Wahrheit und das Gute für das einzelne Individuum erfassbar werden. Dieses Wertesystem wirkt sich auf Handlungen und Lebensentscheidungen des einzelnen Menschen aus. Die letzte 4. Dimension der psychosozialen Identität wird durch die Umgebung des Patienten definiert und umfasst die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, das soziale Leben, die medizinischen Fachpersonen, die Familie sowie nahestehende Bezugspersonen, welche die Identität des einzelnen Patienten mitbestimmen.

Wie eine Metaanalyse aus England zeigt,³⁷⁶ sind die Kategorien der spirituellen Bedürfnisse nicht trennscharf mit allgemeinen Patientenbedürfnissen zu kategorisieren. So ist das spirituelle Bedürfnis der Verbundenheit beeinflusst von psychologisch-emotionalen oder sozialen Bedürfnissen wie z.B. der Stimmung, dem Selbstwertgefühl, dem Bedürfnis nach sozialen Kontakten oder der Fähigkeit, für einen Partner oder Kinder zu sorgen. Dieses Bedürfnis nach Verbundenheit steht wiederum in enger Wechselwirkung zu sexuellen Bedürfnissen oder dem Kommunikationsbedürfnis. Auch steht das spirituelle Bedürfnis der Transzendenz in enger Beziehung zum Bedürfnis nach Kontrolle, die häufig ausserhalb des menschlichen Gebrochen-Seins und der menschlichen Realität gesucht wird.

Das einzige, bislang in deutscher Sprache existierende Tool zu den Spiritual Needs, ist der für chronisch- und krebskranke Patienten validierte SpNQ (Spiritual Needs Questionnaire).³⁷⁷ Verschiedene auch deutschsprachige Forschergruppen³⁷⁸ haben versucht, spirituelle Einstellungen und Bedürfnisse in einem Assessment zu erheben. In der Schweiz werden in den BIGORIO-Richtlinien³⁷⁹ die drei halbstrukturierten klinischen Interviewmanuale SPIR,³⁸⁰ STIV,³⁸¹ und HOPE³⁸² empfohlen. Diese haben jedoch,

³⁷⁵ Monod, S.M., Rochat, E., Büla, Ch. J., Jobin, G., Martin, E. & Spencer, B. (2010): The spiritual distress assessment tool. In: *BMC Geriatrics* (10:88), S. 1-9.

³⁷⁶ Maguire, R., Kotronoulas, G., Simpson, M. & Paterson, C. (2014): A systematic review of the supportive care needs of woman living with and beyond cervical cancer. In: *Gynecologic Oncology* (<http://dx.doi.org/10.2016C/j.ygyno.2014.10.030>), S. 13.

³⁷⁷ Büssing, A., Balzat, HJ. & Heusser, P. (2010): Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer - validation of the spiritual needs questionnaire. In: *European Journal of Medical Research* (15:6), S. 266–273.

³⁷⁸ Puchalski, Ch. et al. (2009): Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. In: *J Palliat Med* (12), S. 885–905; Frick, E., Riedner, C., Borasio, G.D. et al. (2005): A clinical interview assessing cancer patient's Spiritual Needs and preferences. In: *European Journal of Cancer Care* (15), S. 238–243; Büssing A. & Koenig, H.G (2010) : Spiritual Needs of Patients with Chronic Diseases. In: *Religions* (1), S. 18–27.

³⁷⁹ BIGORIO (2008): Empfehlungen zu Palliative Care und Spiritualität. Konsens zur „best practice“ für Palliative Care in der Schweiz.

³⁸⁰ Frick, E., Riedner, C., Fegg, M. J., Hauf, S. & Borasio, G.D. (2005): A clinical interview assessing cancer patient's spiritual needs and preferences. In: *European Journal of Cancer Care* (15), S. 238–243.

³⁸¹ Monod, S.M., Rochat, E., Büla, Ch. J., Jobin, G., Martin, E. & Spencer, B. (2010): The spiritual distress assessment tool. In: *BMC Geriatrics* (10:88), S. 1–9.

³⁸² Anandarajah, G. & Hight, E. (2001): Spirituality and Medical Practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. In: *American Family Physician* (63), S. 81–92.

aufgrund der Intimität des Themenbereichs und der knappen zeitlichen Ressourcen des Personals, ausserhalb des angloamerikanischen Raums in der europäischen klinischen Praxis kaum Anwendung gefunden.

6.5 Probleme bei der Erforschung spiritueller Bedürfnisse

Wie die verschiedenen Studien und die Graphik von Koenig³⁸³ verdeutlichen, stellt die Erfassung von spirituellen Patientenbedürfnissen die Forschung vor folgende Herausforderungen:

Messung von Spiritualität

Es besteht eine nicht unproblematische Korrelation zwischen dem Spiritualitätsverständnis und psychischer Gesundheit. So werden Spiritualitätskonzepte entweder als *Religion*, als *positiver psychologischer Zustand* oder als *positive Charaktereigenschaft* gemessen. Zu einem *positiven psychologischen Zustand* gehören Ziele und Lebenssinn, Verbundenheit mit anderen Menschen, Frieden finden sowie Harmonie und Wohlbefinden. Jedoch ist es für viele psychopathologische Störungen (z.B. für die Depression) charakteristisch, dass Empfindungen (wie z.B. Harmonie und Frieden) stark bis vollständig beeinträchtigt sind. Das könnte zur problematischen Schlussfolgerung führen, dass z.B. depressive Menschen nicht spirituell sind. Ähnlich zeigt sich eine starke Korrelation von spirituellen Bedürfnissen mit *positiven Charaktereigenschaften*. So sind Altruismus, Dankbarkeit, Vergebungsbereitschaft sowie hohe moralische Werte weitgehend durch die Persönlichkeit mitbestimmt. Da jedoch auch Atheisten oder Agnostiker hohe moralische Werte und Ziele haben und sich mit anderen Menschen verbunden fühlen, können diese nicht alleine durch Religiosität und Spiritualität bestimmt sein.

Verschiedene Studien von psychologisch-psychiatrischen Fachpersonen zeigen, dass Religion und Spiritualität eine bedeutsame Ressource für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen darstellen.³⁸⁴ Gemäss Chochinov kann sich spirituelles Leiden (z.B. Gefühle von Bedeutungslosigkeit, fehlende Sinnfindung) in einer Kombination verschiedener Symptome, wie z.B. durch schwer zu behandelnde Schmerzen, durch Angst oder Depression ausdrücken.³⁸⁵ Die Berücksichtigung spiritueller Bedürfnisse durch das Behandlungsteam ist bei unheilbar kranken Patienten bedeutsam, um eine zusätzliche Belastung durch Angst oder Depressionen zu reduzieren. Wie sowohl die Erfahrungen von ÄrztInnen als

³⁸³ König, H. G. (2008): Concerns About Measuring „Spirituality“ in Research. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease* (196:5), S. 349–355.

³⁸⁴ siehe dazu die Studien der Forschergruppe um William Breitbart, die an der Spiritual Care Summer School von Christina Puchalski im Jahr 2014 präsentiert worden sind: Breitbart, W.: Spirituality and meaning in supportive care: spirituality-and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. In: *Support Care Cancer* 2002 (10:4), S. 272–280 sowie die folgende Studie: Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, Ch., Pessin, H. Poppito, Sh., Nelson, Ch. et al.: Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. In: *Psychology* 2012 (19:1), S. 21–28.

³⁸⁵ Zur Unterstützung von spirituellen Bedürfnissen und spirituellem Leiden hat Chochinov die Dignity Therapy entwickelt. Siehe dazu: Chochinov, H.M., Hack, Th et al. (2005): Dignity Therapy: A Novel Psychotherapeutic Intervention for Patients Near the End of Life, *Journal of Clinical Oncology* Vol. 23 (24), S. 5520–5525.

auch internationale Forschungsergebnisse zu Spirituality and Health verdeutlichen, stehen die physische, psychische, soziale und spirituelle Dimension in enger Wechselwirkung zueinander.

Sprachkonfusion

In den verschiedenen Studiendesigns zeigt sich eine Sprachkonfusion zwischen den verschiedenen medizinischen und theologischen Fachbereichen. So haben die verschiedenen Operationalisierungen zu Spiritualität kaum mehr etwas zu tun mit dem ursprünglichen Begriff *spiritus*. An dieser Stelle entzündeten sich die interessanten Diskussionen zwischen Medizin und Theologie. So befürchteten Theologen, dass ein mit dem positiven psychologischen Zustand korrelierendes Spiritualitätsverständnis dazu verleiten könnte, bei Patienten „gelingendes“ und „harmonisches“ Sterben zu fördern. In Verbindung mit einem funktionalen Verständnis von Spiritualität könnte dies gar zum Anreiz der Einsparung personeller Ressourcen verleiten, indem sinnerfüllte Menschen therapeutisch belastbarer, anpassungsfähiger, pflegeleichter und weniger kostenintensiv sein sollen. Jedoch gilt es aus Sicht der Theologie, im Angesicht des Todes mit Patienten auch unvollendetes, ungelebtes und unerfülltes Leben auszuhalten und empathisch zu begleiten.

7. Seelsorge und Spiritual Care- Eine Verhältnisbestimmung

Es gilt unter ExpertInnen als unbestritten, dass Spiritual Care die traditionelle Seelsorge vor neue Herausforderungen stellt. Die Reaktionen von SeelsorgerInnen auf die derzeit boomenden Spiritual Care Ansätze sind sehr vielfältig. Von einigen werden sie als Konkurrenz wahrgenommen, der sie mit Argumenten ihrer langen Tradition begegnen. Andere versuchen sich an die Entwicklung anzupassen, indem sie sich in ihrem Weltbild „neutral“ positionieren oder sich unter dem neuen Etikett präsentieren. Wie die Studie von Schweizer und Noth zeigt, hebt sich die konfessions- und religionsneutrale Spiritual Care klar von christlicher Seelsorge ab, indem sie aus der Perspektive von SeelsorgerInnen teilweise als Sammelbegriff für alles nicht Christliche betrachtet wird.³⁸⁶ Eine Neuetikettierung der christlichen Krankenhausseelsorge als „Spiritual Care“ ist vor allem deshalb problematisch, weil damit die aktuellen Veränderungen des religiös-plural besetzten Feldes unberücksichtigt bleiben. Wie ist nun dieses Verhältnis von Spiritual Care und Seelsorge zu definieren? Sind Seelsorge und Spiritualität als zwei gänzlich verschiedene Fachbereiche zu betrachten- oder ist Spiritual Care ein modernes Label für Seelsorge? Aus meiner Sicht greifen beide Varianten zu kurz. Vielmehr bedürfen Ansätze einer solchen Verhältnisbestimmung einer sorgfältigen Auseinandersetzung mit aktuellen soziokulturellen Entwicklungen sowie mit den Berufsbildern von Medizin, Psychologie und Pflege. Dabei stellen sich verschiedene Fragen. Was sind die Charakteristika von Spiritual Care? Fest steht, dass sich eine patientenorientierte Spiritual Care mit gesundheitspolitischen, -ökonomischen, funktionalistischen, prozess- und entwicklungsorientierten Themen ebenso zu beschäftigen hat wie mit Interessenskonflikten, ethischenhaltungen und Fragen zu Vertrauensbildung und Gerechtigkeit. Diese Auseinandersetzungen stellen hohe Anforderungen an das neue Fachgebiet. Um die Bedürfnisse von schwerkranken Patienten und ihren Angehörigen zu berücksichtigen, sind in einer säkularisierten Gesellschaft Untersuchungen zu „unsichtbaren“ Religions- und säkularen Spiritualitätsformen ebenso erforderlich wie Studien zu soziokulturellen und gesellschaftlichen Veränderungen.

Die Bedeutung von Ritualen und Symbolen in der christlichen Spiritualität

Die christliche Seelsorge kennt verschiedene Rituale und Symbole, um das Unsichtbare oder das Göttliche für den Menschen erfahrbar und begreifbar zu machen. Dabei bedient sie sich einer religiösen Sprache und einem bestimmten Handlungsablauf, welche über viele Jahrhunderte von einer Generation an die nächste weitergegeben worden sind. So ist es für das Christentum charakteristisch, menschliches Leiden, Schicksalsschläge und das Unfassbare im Lichte des christlichen Glaubens religiös zu deuten. Dabei machen aktuell verschiedene Herausforderungen auf die Grenzen dieser bewährten Tradition aufmerksam. Seit der Einführung der Fallpauschalen sind die Institutionen im Gesundheitswesen

³⁸⁶ Schweizer, E. & Noth, I. (2017): Spiritual Care aus Sicht von Seelsorgenden. Ein explorativer Überblick zu Spiritual Care aus der Sicht der Seelsorge. In: Noth, I., Wenz, G. & Schweizer, E.: Pastoral and Spiritual Care across Religions and Traditions, S. 219.

einem zunehmenden marktwirtschaftlichen Druck ausgesetzt. Auf den ersten Blick wirkt es plausibel, dass die Kirche gegen diese Ökonomisierung protestiert und nach reformatorischer Tradition eine Arbeitswelt propagiert, wo alle Mitarbeitenden gleichgestellt sind. Dabei zeigen sich in der Praxis problematische Tendenzen, dass sich die Seelsorge immer mehr zur „Gegenwelt“ entwickelt, die kaum mehr Bezug hat zum ökonomisierten Gesundheitswesen und zum Arbeitsalltag von medizinischen Fachpersonen. Wie auch die Studie von Schweizer und Noth zeigt, wird die Seelsorge von den in der Studie befragten 86 SpitalseelsorgerInnen als „unabhängige, von aussen kommende Disziplin beschrieben, die explizit nicht der Zweckrationalität des Gesundheitswesens untersteht, sondern sich in einem neutralen und geschützten Zwischenraum bewegen kann.“³⁸⁷

Es gehört zum Hauptanliegen der christlichen Seelsorge, kranke Menschen zu begleiten und ihnen in ihrem Leiden und in ihren Krisen beizustehen. Der Dienst der institutionellen Seelsorge erfolgt im Auftrag der beiden Landeskirchen und des Kantons. Auch wenn die Seelsorge für alle Menschen, unabhängig ihrer Konfession und Religion, zur Verfügung steht, ist die Perspektive, aus der heraus die Seelsorge handelt, religiös geprägt. So begleitet die Seelsorge Menschen sowohl durch Gespräche als auch durch religiöse Rituale, die das Glaubensleben als eine Form geistlicher Begleitung unterstützen – oder im Leben nicht religiöser Menschen ihre individuelle Bedeutung entfalten. In diesem Sinne stehen Spiritual Care und Seelsorge nicht in einem Konkurrenzverhältnis, sondern in einem fruchtbaren Dialog, in dem beide Diskussionspartner ihren unverzichtbaren Beitrag leisten. Aufgrund ihrer langjährigen empirischen und evidenzbasierten Forschungstradition legen die Medizin und die Psychologie ihren Fokus darauf, Spiritual Care in medizinisch-therapeutische Behandlungsstandards zu integrieren. Durch ihre Nähe zum Patienten leistet auch die Pflege einen wichtigen Beitrag für die interprofessionelle Zusammenarbeit, indem die Beobachtungen am Krankenbett für die medizinischen Entscheidungen eine wichtige Grundlage bieten.

³⁸⁷ Schweizer, E. & Noth, I. (2017): Spiritual Care aus Sicht von Seelsorgenden. Ein explorativer Überblick zu Spiritual Care aus der Sicht der Seelsorge. In: Noth, I., Wenz, G. & Schweizer, E.: Pastoral and Spiritual Care across Religions and Traditions, S. 224/225.



Abbildung 4: Verhältnisbestimmung von Spiritual Care und Seelsorge

7.1 Medizin und Theologie im Diskurs

Wie der neue Fachbereich Spiritual Care zeigt, gehören Auseinandersetzungen mit dem Sinn des Lebens und mit existenziellen Fragen nicht mehr in den alleinigen Zuständigkeitsbereich der Philosophie und Theologie. Spiritual Care stellt die Theologie und die Seelsorge in der interprofessionellen Zusammenarbeit vor die Herausforderung, sich in Netzwerken zusammenzuschliessen. Dabei eröffnen sich im medizinisch-theologischen Diskurs gewisse Spannungsfelder, die im Folgenden kurz skizziert werden. Es gibt zahlreiche amerikanische Studien, die auf einen positiven Zusammenhang zwischen Religiosität/Spiritualität und der medizinischen Behandlung hinweisen. Von vielen Theologen wird es jedoch kritisch bewertet, wenn Spiritual Care darauf abzielt, Spiritualität im Sinne einer blossen Coping-Strategie zur Bewältigung von Krankheit und Sterben therapeutisch zu nutzen.³⁸⁸ Es stellt sich die Frage, wie Spiritual Care in der Praxis einer pluralistisch-säkularen Gesellschaft mit Anspruch auf Wissenschaftlichkeit umgesetzt werden kann, ohne in einseitiger Weise „funktionalisiert“ oder „ökonomisiert“ zu werden? Wie lässt sich verhindern, dass Spiritualität/Religiosität bei schwerkranken Menschen für zwischenmenschliche oder institutionelle Interessen instrumentalisiert wird? Theologen befürchten, dass das mit dem positiven psychologischen Zustand verbundene Spiritualitätsverständnis (wie z.B. Frieden, Wohlbefinden, Verbundenheit) dazu verleiten könnte, bei Patienten „gelingendes“ und „harmonisches“ Sterben zu fördern. Dies könnte gar zum Anreiz der Einsparung personeller

³⁸⁸ Nauer, D. (2015): Spiritual Care statt Seelsorge?, S. 102.

Ressourcen verführen, indem sinnerfüllte Menschen anpassungsfähiger, pflegeleichter und weniger kostenintensiv sein sollen. Diese Bedenken führen dazu, dass Theologinnen wie Isolde Karle, die Eigenständigkeit und Unabhängigkeit der Seelsorge im System Krankenhaus als „hohes Gut“ bezeichnen.³⁸⁹ Als Argument bringt sie ein, dass Seelsorge ihr konstruktiv-distanziertes Verhältnis zur Einrichtung allein schon deshalb aufrecht erhalten muss, weil sie sich aus theologisch-anthropologischen Gründen der dominanten Dichotomie „gesund-krank“ und den daraus resultierenden Handlungsmaximen nicht unterwerfen dürfe. Gleichzeitig gibt es andere TheologInnen und SeelsorgerInnen, die Vorschläge einer Teilintegration unterbreiten, oder wie Traugott Roser gar eine strukturelle Fusionierung der Seelsorge mit den Psychosozialen Diensten vorschlagen.³⁹⁰

Schweigepflicht und Einhaltung des Beichtgeheimnisses

Im Zeitraum des Promotionsprojekts wurde in der Seelsorge die Frage diskutiert, wie bei der geforderten Dokumentationspflicht in der interprofessionellen Zusammenarbeit mit Vertraulichkeit, Schweigepflicht und Einhaltung des Beichtgeheimnisses umgegangen werden soll.³⁹¹ Dies betrifft vor allem das Weitergeben von Informationen der Seelsorge an die medizinischen Fachpersonen im Rahmen von interprofessionellen Rapporten. Dürfen oder sollen SeelsorgerInnen Informationen aus Seelsorgegesprächen weitergeben, die für die Behandlung des Patienten relevant sind- oder wird dadurch das Seelsorgegeheimnis verletzt? Wie die Handreichung des SEK zeigt, steht „das Vertrauen des Geheimnisherrn oder Geheimnisherrin“ grundsätzlich an oberster Stelle. Selbst in Fällen, in denen Interessen von Dritten in Gefahr sind, haben Seelsorgende grundsätzlich zu schweigen.³⁹² Wie der Bericht des SEK festhält, rechtfertigen nur drei Gründe die Verletzung dieser Schweigepflicht:

- Der Geheimnisherr selber ist damit einverstanden, dass sein Geheimnis preisgegeben wird
- der Seelsorger wird von seiner vorgesetzten Behörde oder dem Gesetz (Art. 453, Ziff. 2 des ZGB) zum Brechen des Schweigens ermächtigt oder
- die Mitteilung des Anvertrauten verhindert eine Notlage, die einem Dritten, dem Geheimnisherrn oder dem Geheimnisträger selbst droht.

Wie unsere Interviews mit medizinischen Fachpersonen gezeigt haben, stellt die Schweigepflicht nicht selten ein Hindernis für die in der Spiritual Care propagierte interprofessionelle Zusammenarbeit dar. So macht es vor allem für ÄrztInnen wenig Sinn, wenn die Seelsorge an interprofessionellen Rapporten

³⁸⁹ Karle, I. (2020): Perspektiven der Krankenhauseselsorge. Eine Auseinandersetzung mit dem Konzept der Spiritual Care. In: *Wege zum Menschen* (62), S. 550.

³⁹⁰ Roser, T. (22.02.2011): Spiritual Care. Herausforderungen im Gesundheitssystem für (kirchliche) Seelsorge. Frühjahrskonvent der KrankenhauseselsorgerInnen in der Evangelischen Kirche im Rheinland.

³⁹¹ Handreichung des SEK (2016): Dem Anvertrauten Sorge tragen. Das Berufsgeheimnis in der Seelsorge, S. 70.

³⁹²

ohne Bereitschaft teilnimmt, durch ihre konkreten Erfahrungen mit PatientInnen zu einer bestmöglichen medizinisch-therapeutischen Entscheidungsfindung beizutragen.

Verhältnis der Spitalseelsorge zu Massnahmen der Qualitätssicherung

Zu einem wichtigen Paradigmenwechsel in Bezug auf die Qualitätssicherung hat die neue Regelung der Fallpauschalen durch Swiss DRG geführt. Wenn Patienten auf der Palliativstation (das gilt für Kompetenzzentren an Akutspitälern) pro Woche mindestens 6 Stunden eine sogenannte „multiprofessionelle Komplexbehandlung“ erhalten – worunter Sozialdienst, Physio- und Ergotherapie, Ernährungsberatung, Kunst-/Musiktherapie, Psychologie und Seelsorge fallen – dann können diese Leistungen ab dem 8. Aufenthaltstag codiert werden, so dass dem Spital dann für die Dauer vom 8.-14. Tag eine Pauschale vergütet wird. Da auch die Seelsorge unter diese multiprofessionelle Komplexbehandlung fällt, besteht ein aktuelles Interesse der Spitäler darin, die geleisteten Stunden der Seelsorge mitaufzuführen. Dadurch wird die Seelsorge nicht nur zu einer Leistungserbringerin, sondern für das Spital zu einer Einnahmequelle, ohne dass die Institutionen in vielen Schweizer Kantonen für die Lohnkosten aufkommen müssen.

Wie Doris Nauer für Deutschland festhält, sind sich die katholische und evangelische Krankenhausseelsorge bezüglich ihrer Haltung zur Qualitätssicherung nicht einig.³⁹³ Während die katholische Seite konstatiert, dass *„Krankenhausseelsorge integriert ist in das Informationssystem des Krankenhauses und an Massnahmen zur Qualitätssicherung teilnimmt“*,³⁹⁴ wird von evangelischer Seite lediglich eine offene Frage in den Raum gestellt: *„Folgt sie einem eigenen Qualitätsmanagement oder dem der Klinik“?*³⁹⁵ Wie bereits in Kapitel 5.2.5 zu den Spiritualitätskonzeptionen festgehalten wird, gibt es zwei für die Seelsorge bedeutsame grösser angelegte Studien, welche die Zufriedenheit der Patienten mit der Krankenhausseelsorge³⁹⁶ sowie die Rollen und Aufgaben in den Augen von Stationsleitungen erfassen.³⁹⁷ Wie Winter-Pfändler und Morgenthaler zu den Einschränkungen der Studie zur Patientenzufriedenheit festhalten³⁹⁸, erfasst die Bewertung nur die Zufriedenheit mit der Krankenhausseelsorge. «Wenn diese Ergebnisse auch wichtige Hinweise zur Zufriedenheit mit Krankenhausseelsorge beisteuern, vermögen sie die «Wirksamkeit» als wesentliches Kriterium von Ergebnisqualität nicht zu

³⁹³ Nauer, D. (2015): Spiritual Care statt Seelsorge?, S. 161.

³⁹⁴ Katholische Krankenhausseelsorge (2004): Qualitätsstandards. Ziele - Aufgaben - Voraussetzungen. Erarbeitet von der Konferenz Katholische Krankenhausseelsorge in Deutschland.

³⁹⁵ Die Kraft zum Menschsein stärken: Leitlinien für die evangelische Krankenhausseelsorge. Eine Orientierungshilfe. Online verfügbar unter www.ekd.de/download/leitlinien-krankenhausseelsorge-ekd-2004.pdf.

³⁹⁶ Winter-Pfändler, U. & Morgenthaler, Ch. (2010): Wie zufrieden sind Patientinnen und Patienten mit der Krankenhausseelsorge? Entwicklung eines Fragebogens und erste Resultate einer Untersuchung in der Deutschschweiz. *Wege zum Menschen* 62. Jg., 570-584.

³⁹⁷ Winter-Pfändler, U. & Morgenthaler, Ch. (2010): Rolle und Aufgabe der Krankenhausseelsorge in den Augen von Stationsleitungen. Eine Untersuchung in der Deutschschweiz. *Wege zum Menschen* 62. Jg., 585-597.

³⁹⁸ siehe Winter-Pfändler, U. & Morgenthaler, Ch., (2010): Wie zufrieden sind Patientinnen und Patienten mit der Krankenhausseelsorge? S. 583.

erfassen. Dazu wären andere Versuchsanordnungen notwendig». ³⁹⁹ Die Autoren verweisen dabei auf US-amerikanische Studien mit randomisierten klinischen Untersuchungsanordnungen, welche die Auswirkungen von Seelsorge auf die psychosoziale Gesundheit und die Länge des Spitalaufenthaltes untersuchen. ⁴⁰⁰ Winter-Pfändler und Morgenthaler machen darauf aufmerksam, dass «solche Studien zum Nachweis der Wirksamkeit der Krankenhausseelsorge im deutschsprachigen Raum noch ausstehend sind». ⁴⁰¹

Diese fehlenden Wirksamkeitsstudien stellen für die Entwicklung von Spiritual Care eine Herausforderung dar. Herbert Anderson malt im Hinblick auf die nordamerikanische Situation gar folgendes Szenario an die Wand, dass bei weiteren finanziellen Sparrunden Spiritual Care von den medizinischen Fachpersonen unter der These „*anyone can engage in spiritual care*“ ⁴⁰² gar an ehrenamtliche Freiwillige delegiert werden könnte. In diesem Sinne ist es für die Weiterentwicklung von Spiritual Care langfristig zentral, dass ihre Leistungen finanziert werden. Damit Leistungen von den Krankenkassen vergütet werden, müssen sie neben der Behandlungsnotwendigkeit auch den Kriterien von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen, die in Form von Studien nachgewiesen werden. ⁴⁰³ Deshalb wurde in Kapitel 9 in der vorliegenden Arbeit zusammen mit der Projektgruppe am Kantonsspital Baden der Versuch unternommen, die Wirkung der geplanten Spiritual Care- Interventionen durch eine Studie zu erfassen.

7.2 „Heilung“ und „Heil“ aus medizinischer und theologischer Perspektive

Ein interessanter Dialog von Seelsorge und Spiritual Care eröffnet sich in der Auseinandersetzung mit dem Verständnis von „Heilung“ und „Heil“. In Europa hat sich das Bewusstsein der Zusammengehörigkeit von Heil und Heilung mit dem Aufkommen der modernen naturwissenschaftlichen Medizin immer stärker aufgelöst. Im Zuge der getrennten wissenschaftlichen Betrachtungsweisen von Körper und Geist in der Natur- und Geisteswissenschaft ging die Vorstellung von der Einheit von Körper und Geist verloren. So gehören Fragen zur Seele bzw. zum Geist in die Expertise der Philosophie und Theologie, während der menschliche Körper Gegenstand der empirischen Forschung in der Biologie und Medizin ist. ⁴⁰⁴ Diese Entwicklung führte zu einem dualistischen Menschenbild von Körper und Geist, welches durch die zunehmende Spezialisierung und Aufteilung in die verschiedenen Fachgebiete der Medizin, Pflege und Psychologie begünstigt wurde. Im Christentum galt das Verhältnis zum Körper seit frühester

³⁹⁹ Ebd., S. 583.

⁴⁰⁰ Verweis auf: Ilnier, W., Obenshain, D. & Camac, M. (2001): The Impact of Daily Visits from Chaplains on Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease COPD. A Pilot Study, in: Chaplaincy Today, 17 (2001), S. 5-11.

⁴⁰¹ siehe Winter-Pfändler, U. & Morgenthaler, Ch., (2010): Wie zufrieden sind Patientinnen und Patienten mit der Krankenhausseelsorge? S. 584.

⁴⁰² Ebd., S. 37.

⁴⁰³ Siehe dazu: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20143516>, zuletzt abgerufen am 6.1.2019.

⁴⁰⁴ Heller, A. (2014c): Werde, der/die du bist: Auf der Suche nach Heilung. In: Heller, B. & Heller, A. (Hg.), Spiritualität und Spiritual Care. Bern: Hans Huber, S. 161-173.

Zeit als zwiespältig. So stellt der Apostel Paulus in Römer 8 die sündhafte fleischliche Existenz dem wahren, vom Geist Gottes geprägten Leben gegenüber. Während sich die christliche Religion ganz auf das seelisch-geistige Heil fokussiert, gehört der Körper in den Zuständigkeitsbereich der Medizin. Körtnner geht davon aus, dass von Theologen der Zusammenhang zwischen Spiritualität und Gesundheitsförderung deshalb abgelehnt werde, weil der Unterschied zwischen Heil und Heilung verkannt werde.⁴⁰⁵ Um die verschiedenen Positionen von Theologie und Medizin fundierter zu verstehen und einzuordnen, erfolgt an dieser Stelle eine umfassendere Betrachtung von Gesundheit und Heil.

Verständnis von Gesundheit

Gemäss dem historischen Wörterbuch der Philosophie⁴⁰⁶ bedeutet das deutsche Wort „gesund“ ursprünglich „vollständig“, heil und ganz; der lateinische Begriff heisst *sanus* und der englische *whole*, was als „unversehrt“ übersetzt wird und erst danach im Sinne von *healthy* als gesund benutzt wird. Ein Blick in die antike Literatur zeigt, dass nach platonischem Verständnis Gesundheit nicht nur auf den Leib, sondern auch auf die Seele angewendet wird.⁴⁰⁷ In diesem Sinne ist eine Person gesund, wenn das Verhältnis von Leib und Seele sich zu einer Harmonie fügen und miteinander im Einklang sind. Diese platonische Vorstellung von Harmonie stellt die Grundlage der Heilkunde dar. Daher wird Gesundheit als Ziel und Aufgabe verstanden. Erst mit der Neuzeit werden körperliche und seelische Gesundheit nicht mehr zielorientiert, sondern kausal als Ursache betrachtet. Dabei wirkt sich das heute normativ verwendete Wort Gesundheit sowohl auf die Lebensweise des Menschen als auch auf die Gesundheitspolitik des Staates aus.⁴⁰⁸ Beispiel dafür ist die aus 1947 stammende Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO): „*Gesundheit ist der Zustand vollständigen physischen, psychischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Schwäche*“.⁴⁰⁹ Wie die Definition zeigt, erscheint Gesundheit nicht nur als Begriff der Medizin, sondern auch der Anthropologie und der Selbstdeutung des Menschen.

Perspektiven von Gesundheit und Krankheit

Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit ist sehr unterschiedlich, je nachdem, ob es aus der Sicht des betroffenen Patienten, der Angehörigen, des Arztes, der exakten naturwissenschaftlich-medizinischen Diagnose, der Forschung, der Kultur oder des zur finanziellen Leistung verpflichteten Leistungserbringers betrachtet wird.⁴¹⁰ Aus der theologischen Perspektive des Mittelalters vollzieht der

⁴⁰⁵ Körtnner, U. (2009): Spiritualität, Religion und Kultur - eine begriffliche Annäherung. In: Ders. u.a. (Hg.), *Spiritualität und Kultur am Krankenbett*, S. 14.

⁴⁰⁶ Vonessen, F. (1974): *Gesund/Gesundheit*. In: *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Band 3, S. 559–561.

⁴⁰⁷ Platon (1959): *Phaidon*. In: *Dirlmeier, F., 2. Auflage*, S. 23.

⁴⁰⁸ Honecker, M. (2005): *Gesundheit als Heil?* In: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* (10), S. 163–182.

⁴⁰⁹ WHO (22.07.1946): *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, Ratifikationsurkunde von der Schweiz hinterlegt am 29.03.1947. Von der Bundesversammlung genehmigt am 19.12.1946. Für die Schweiz in Kraft getreten am 07.04.1948.*

⁴¹⁰ Honecker, M. (2005): *Gesundheit als Heil?* S. 164-165.

Kranke im Leiden die *passio* Christi nach, wodurch das Verständnis von Gesundheit und Krankheit eine heilsgeschichtliche Bedeutung bekommt. Krankheit erhält als notwendiger Bestandteil des irdischen Lebens einen Schöpfungs- und Heilssinn. Dadurch werden Gesundheit und Krankheit nicht konträr als positiv und negativ gewertet. Auch für Nietzsche sind Gesundheit und Krankheit keine Gegensätze, sondern relativ und lediglich um die Gnade verschieden.⁴¹¹ In diesem Sinne sind sich sowohl medizinische als auch theologische Definitionen einig, dass Krankheit und Gesundheit aus einem breiten Spektrum und mit fließenden Übergängen zu betrachten sind.

Frage nach der Norm des Gesunden

Entscheidend in Bezug auf das Verständnis von Gesundheit ist die Frage nach der Norm des Gesunden.⁴¹² So können Normbegriffe aus statistischer, idealer und individueller Perspektive formuliert werden. Je nachdem, ob als Norm der Durchschnitt, die ideale Vorstellung oder die Konstitution des Individuums verstanden werden soll. Dabei wird deutlich, dass das Gesundheitsverständnis abhängig ist vom Gesamtverständnis der Lebenswirklichkeit. In diesem Sinne ist Gesundheit kein absoluter „Wert“, sondern immer schon bezogen auf Krankheit und Tod. Deshalb ist Gesundheit abhängig vom Selbstverständnis des einzelnen Menschen und von dem, was er für Lebensqualität hält.

Verständnis von Heil aus biologischer und medizinischer Perspektive

Wie die medizinische und theologische Auseinandersetzung mit dem Verständnis von Heil zeigt, manifestieren sich die Unterschiede der beiden Disziplinen an den Dimensionen der Auslegung. Dabei kann Heil aus zwei verschiedenen Perspektiven definiert werden. Die verschiedenen Auffassungen lassen sich in die Dimensionen *diesseitig* – *jenseitig* einteilen, je nachdem, ob sie in Bezug auf die Gegenwart oder die Zukunft betrachtet werden.⁴¹³ Daher sind in der Medizin und Theologie die Erwartungen unterschiedlich, wovon erlöst wird und was als Heil das Unheil überwindet. Wenn man in der Medizin nach dem Begriff der Heilung fragt, kann Heilung auf verschiedenen Ebenen gedeutet werden. Biologisch wird der Prozess der Heilung als eine Wiederherstellung (*restitutio*) der unversehrten physischen und psychischen Ausgangssituation aus einem Zustand des Krankseins oder des Leidens betrachtet. Diese Wiederherstellung der Unversehrtheit wird als *restitutio ad integrum* bezeichnet.⁴¹⁴ Auf zellulärer Ebene kommt es (z.B. bei einer verletzungsbedingten Gewebeschädigung) entweder zu einer *Regeneration* durch neue gleiche Zellen – oder zum Ersatz durch andere Zellen im Sinne einer *Reparatur*. Medizinisch vollzieht sich Heilung sowohl auf der Grundlage körpereigener „natürlicher Heilkräfte“ als Selbstheilung – oder durch therapeutische Interventionen externer Unterstützung als *curatio*. Auf der

⁴¹¹ Nietzsche, F. (1963): Aus dem Nachlass der Achtzigerjahre. In: Schlechta, K. (Hrsg.) Werke in fünf Bänden. 2. Auflage, Band 3, S. 754.

⁴¹² Honecker, M. (2005): Gesundheit als Heil? S. 166.

⁴¹³ Siehe dazu die Ausführungen der beiden Dimensionen bei Honecker, M. (2005) : Gesundheit als Heil? S. 167.

⁴¹⁴ Übersichtliche Darstellung am Beispiel von chronisch kranken Patienten siehe bei Büssing, A.: Kein Weg zurück - Heilung als Prozess des Werdens. In: *Deutsche Zeitschrift für Onkologie* 2008 (40), S. 28–31.

psychosozialen Ebene werden Krankheit und ihre Symptome von den Betroffenen zumeist als „Störung“ und lästige Unterbrechung empfunden. Daher wird für die Beseitigung der Krankheitserscheinungen im Sinne einer *Restitutio* der Arzt aufgesucht, um das Leben ungehindert fortzusetzen. Auf der körperlichen Ebene sind die Zurückführung der Krankheitssymptome, der Ausgleich von Defiziten und die Reparatur von Defekten mit Heilung assoziiert. Jedoch hat das antike Denken die Vorstellungen von Heilung nicht nur auf den Leib, sondern auch auf die Seele angewendet.⁴¹⁵ In dieser Harmonie war der Arzt nicht nur Mediziner, sondern zugleich Philosoph.⁴¹⁶ In der modernen Medizin haben sich die verschiedenen Seins-Bereiche zunehmend spezialisiert. So ist der Arzt für die *Physis* zuständig, der Psychologe für die *Psyche* und der Seelsorger für die den *Spiritus*, der in der Medizin jedoch keine eigenständige Rolle spielt.⁴¹⁷ Betrachtet man nun die Aufgabe der Mediziner, besteht diese einerseits darin, „funktional“ den Prozess der *restitutio* zu unterstützen – sei dies durch Unterstützung eines Patienten-seitigen Überwindungsprozesses oder durch therapeutische Interventionen einer *curatio*. Genesung lässt sich medizinisch auf Heilung und etymologisch auf Ganzheit, Unversehrt- oder Erlöst-Sein zurückführen. In diesem Sinne beziehen sich „Heil“ und „Erlöst-Sein“ auf die Dimension der Krankheitssymptome. Zugleich ist die in der Medizin angestrebte *restitutio* eine auf Wiederherstellung der Vergangenheit ausgerichtete Aktivität. Wie sich aber im Zusammenhang mit Krebserkrankungen, chronischen oder psychischen Erkrankungen zeigt, ist Heilung im Sinne von Gesundheit auf einer physischen und biologischen Ebene in vielen Fällen nicht möglich.

Verständnis von Heil aus theologischer Perspektive

Die Auseinandersetzung mit der theologischen Literatur macht deutlich, dass Heilung auf verschiedenen Ebenen stattfinden kann. Das hebräische Wort für Heil lautet *shalom*, das griechische *soteria*. Der Heilsbringer und „Heiland“ ist *soter*, die Lehre vom Heil in der christlichen Dogmatik heisst *Soteriologie*. Statt von Heil wird in der biblischen Sprache von Erlösung und Gnade gesprochen, aber auch von Versöhnung und Rechtfertigung. Nach biblischem Verständnis bezeichnet Heil umfassend das erlösende, befreiende und rettende Handeln Gottes.⁴¹⁸ Im neuen Testament wird Heil eschatologisch, als endzeitliches Eingreifen Gottes verstanden. Daher bezieht sich in der christlichen Lehre die Erlösung auf die seelisch-geistige Ebene der Gottverlassenheit, Sünde und Schuld, Verzweiflung und Not. In den Evangelien werden Menschen von Krankheit, Leiden und Tod erlöst. Jedoch geht es im Zusammenhang mit Heil immer auch um den Heilsweg, das Heilsziel oder die Vermittlung des Heils, welche die Dogmatik als *media salutis*⁴¹⁹ bezeichnet. Indem Heil sich in Wort und Sakrament verwirklicht, handelt es sich

⁴¹⁵ Platon (1959): Phaidon. In: Dirlmeier, F. 2. Auflage, S. 24.

⁴¹⁶ Hippokrates: Schriftenreihe Hippokrates: medizinische Forschungsergebnisse. In: *Periodika*, Hamburg: Kovac ISSN: 1435-6309.

⁴¹⁷ Büssing, A. (2008): Kein Weg zurück - Heilung als Prozess des Werdens. In: *Deutsche Zeitschrift für Onkologie* (40), S. 29.

⁴¹⁸ Honecker, M. (2005): Gesundheit als Heil? In: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* (10), S. 167.

⁴¹⁹ Ebd., S. 167.

beim Heil um einen soteriologischen Begriff.⁴²⁰ Dass das Wort *Heil* sowohl in einem säkularisierten als auch in einem spiritualisierten Gebrauch verwendet werden kann, zeigt die begriffliche Unschärfe des Heilsbegriffs. Dies umso mehr, wenn man noch die Begriffe Heilsgeschehen, Heilsgeschichte und Heilstatsachen dazu nimmt.⁴²¹ Wie Luther anhand einer Predigt zum Matthäusevangelium erklärt, sei das Predigtamt zur „*Seelen Nutz, Heil und Seligkeit*“ bestimmt.⁴²² Anhand dieser Perspektive verengt sich Luthers Heilsperspektive auf die seelische Ebene des Seelenheils, wobei der Heilsgedanke in einseitiger Weise spiritualisiert wird. Diese Unterscheidung zwischen irdischem Glück und ewigem Heil ist bereits bei Augustins Unterscheidung von *uti* und *frui* zu finden. In der augustinischen Lehre werden zweierlei Massstäbe deutlich. So erkennt Augustinus in der Selbstfindung in Gott die Vorläufigkeit alles Irdischen, da das Geschaffene seinen eigentlichen Wert erst in seinem Bezug auf den Schöpfer haben kann. Augustinus geht es um das rechte Verhalten mit Gütern und Werten, die er mit den Begrifflichkeiten von „*uti*“ und „*frui*“ aufgreift.⁴²³ Da nur das höchste Gut, d.h. Gott, um seiner selbst willen zu erstreben ist, muss ihm alles zugeordnet werden. Daher darf das „*frui*“ auch nur Gott gegenüber, das „*uti*“ nur der Welt gegenüber gelten.

Verständnis von Heil im medizinisch-theologischen Diskurs

Diese verschiedenen Heilsdefinitionen stellen den medizinisch-theologischen Dialog vor Herausforderungen. Während in einem spiritualisierten Verständnis Heil in einem jenseitigen und zukunftsgerichteten Kontext verstanden wird, stellt die Säkularisierung des Heilsgedankens das Heil in Verbindung mit der Zielvorstellung einer zeitlichen Verlängerung und Ausdehnung der menschlichen Lebenserwartung. Diese Heilserwartungen stützen sich vor allem auf Erfolge des medizinischen Fortschritts. Dabei schaffen die Erfolge in der Medizin eine zunehmende Anspruchshaltung, wonach es ein Recht auf Gesundheit und körperliches Wohlbefinden gebe, welches sogar eingeklagt werden könne.⁴²⁴ Eine solche Säkularisierung birgt die Gefahr, das Wissen um die Begrenztheit menschlichen Lebens zu verdrängen. So bleibt medizinisches Heilen nur in menschlichen Massen, wenn es die Grenzen menschlichen Machens respektiert und die Gesundheit nicht als höchsten und einzigen Zweck des Lebens versteht. Gerade in der Begleitung von schwer- und chronisch kranken Patienten wird deutlich, dass Krankheit und Gesundheit aus einem breiten Spektrum und mit fließenden Übergängen zu betrachten sind. In diesem Sinne können Krankheit nicht auf „Störung“ und Gesundheit auf „Abwesenheit von Störung“ reduziert werden.

⁴²⁰ Seils, M. (1985): Die Sache Luthers. In: *Lutherjahrbuch* (52), S. 64–80.

⁴²¹ Honecker, M. (2005): Gesundheit als Heil? S. 163–182.

⁴²² Luther, M. (2009) : Wochenpredigt über Matthäus 5-7. Herausgegeben von Prof. Dr. Christopher Spehr. In: *Lutherjahrbuch* (76), S. 258–262.

⁴²³ Horn, Ch. (1995): Augustinus, S. 2-6.

⁴²⁴ Honecker, M. (2005): Gesundheit als Heil? In: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* (10), S. 168.

Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Diese Überlegung führt zum Schluss, dass auch die Bedeutung von Heil aus einem breiten Blickwinkel betrachtet werden muss. Heil erhält deshalb einen zukünftigen Blickwinkel, weil es für den unheilbar kranken Menschen um die in der Krankheit verloren gegangene „Ganzheit“ geht. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts haben sich die anthroposophische und die psychosomatische Medizin um ein ganzheitliches Verständnis von Medizin bemüht. Der Gebrauch der Begriffe Ganzheit und Ganzheitlichkeit richtet sich gegen den Dualismus, der in der philosophischen Tradition seit Platon alles Leibliche zugunsten des Geistes abwertet. Die Lehre von der Unsterblichkeit der Seele hat sich, ebenso wie die Begründung der Menschenwürde, von den Stoikern bis in die christliche Lehre fortgesetzt. In der Überwindung dieses Dualismus zwischen Leib und Seele ist auch die biographische und psychologische Deutung von Krankheit zu verstehen. Wie die Auseinandersetzung mit dem Kohärenzgefühl in der Salutogenese nach Antonovsky⁴²⁵ zeigt, vollzieht sich Heilung – unabhängig von Gesundheit – in der Perspektive des sich entwickelnden körperlichen, psychosozialen und spirituellen Wohlbefindens. Dazu gehört auch die Fähigkeit, Zusammenhänge des Lebens zu verstehen, Sinn zu finden sowie das eigene Leben zu gestalten.

Der gebürtige Italiener Terzani, der als langjähriger Asien-Korrespondent des deutschen Nachrichtenmagazins *Der Spiegel* bekannt geworden ist, erkrankte im Alter von 59 Jahren an Krebs. Aus der Suche nach der „richtigen“ Behandlung wird schliesslich eine Reise zu sich selbst, die alle Koordinaten seines bisherigen Lebens in Frage stellt. Terzani erkennt, dass Krisen und Krankheiten seit je zur Geschichte der Selbsttransformation gehören, und deshalb die Auseinandersetzung mit Leid in allen Religionen ein Teil der spirituellen Entwicklung ist. Dabei kommt Terzani in der Auseinandersetzung mit seiner Erkrankung zu folgendem Schluss:

*„Waren denn Leid und Schmerz, von denen ich unter anderem erzählt habe, nur schlecht? Jedenfalls waren sie, und dadurch haben sie mich weitergebracht, denn ohne diese Erkrankung wäre ich niemals zu jener Reise aufgebrochen, hätte mir jene Fragen nicht gestellt, auf die es, für mich jedenfalls, ankam. (...) Erst dadurch wurde ich angehalten, meine Prioritäten zu überdenken, in mich zu gehen, meinen Blickwinkel und vor allem mein Leben zu ändern. Und sie ist das Einzige, was ich auch anderen raten kann: das Leben verändern, um gesund zu werden, das Leben verändern, um sich selbst zu verändern“.*⁴²⁶

⁴²⁵ Antonovski, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, S. 15ff.

⁴²⁶ Terzani, T. (2007): Noch eine Runde auf dem Karussell: Vom Leben und Sterben. (Un altro giro die giostra. Viaggio nel male e nel bene del nostro tempo), S. 728-731.

7.3 Christliche Nächstenliebe oder Compassionate Care?

Die Bedeutung des medizinisch-theologischen Dialogs verschiedener Care-Konzeptionen

Die letzten Kapitel haben sich mit dem aktuellen Forschungsstand sowie den charakteristischen Spiritualitätsverständnissen der an Spiritual Care beteiligten Berufsgruppen auseinandergesetzt. Dieses Kapitel beschäftigt sich nun mit der Frage nach der gemeinsamen Grundlage für die interprofessionellen Schulungen. Wie die verschiedenen Auseinandersetzungen gezeigt haben, kann es in einer multikulturellen und pluralistischen Gesellschaft nicht darum gehen, Spiritual Care nach den Grundlagen einer einzelnen Religion oder Weltanschauung auszurichten. Vielmehr bedarf es in der Gesundheitsversorgung einer Grundhaltung, die Welt aus den Augen des Patienten zu sehen und zu verstehen. Als Schlagwort für eine solche Grundhaltung hat sich in der Spiritual Care der Begriff der Compassionate Care etabliert. Compassionate Care wird seit 2012 in einer UN-Resolution als Beschluss der Vereinten Nationen schriftlich festgehalten.⁴²⁷ Ziel dieser internationalen Bewegung ist es, im Gesundheitswesen und bei Fachpersonen das Bewusstsein für ein ganzheitliches medizinisches Behandlungsverständnis zu fördern. Eine treffende Charakterisierung des Compassion-Begriffs findet sich bei Willy Brandt. Der ehemalige Bundeskanzler hat 1972, anlässlich eines ausserordentlichen Parteitages der SPD, eine Rede gehalten. Darin findet sich folgende bemerkenswerte Textpassage: *„Unsere Gesellschaft hat sich ein neues Selbstbewusstsein erarbeitet, es ist durch Leistung verdient. Wir denken nicht daran, die Leistung zu verachten. Doch sie kann ihren Sinn nicht in sich selbst finden. Wir vergessen nicht, was ihr eigentlicher Massstab ist: die Sorge für die, denen der Atem ausgeht; für die vielen, deren Leben noch immer Mühsal und Last ist, die wir in der Verkrampfung unserer Energien zu oft erschöpft und am Wegrand des Fortschritts zurücklassen... Für John F. Kennedy und seinen Bruder Robert gab es ein Schlüsselwort, in dem sich ihre politische Leidenschaft sammelte...: es heisst ‚compassion‘. Die Übersetzung ist nicht einfach Empathie, sondern: die Bereitschaft, mitzuleiden; die Fähigkeit, barmherzig zu sein, ein Herz für den anderen zu haben...“*⁴²⁸

Einfluss der technologischen Entwicklung in der Spitzenmedizin

Dieses Zitat des deutschen Bundeskanzlers bringt auf den Punkt, was auch die verschiedenen Berufsgruppen im System Krankenhaus beschäftigt. Durch Forschung und technologische Entwicklungen hat sich in der Spitzenmedizin ein Selbstbewusstsein entwickelt, das medizinisch immer mehr Möglichkeiten eröffnet hat. Durch die zunehmende Machbarkeit und Erweiterung des menschlichen Handlungsspielraums ist die Bereitschaft zum Mitfühlen und zur Barmherzigkeit immer mehr aus dem Blickfeld

⁴²⁷ Verabschiedet auf der 118. Plenarsitzung am 28. Juni 2012, ohne Abstimmung, auf der Grundlage des Resolutionsentwurfs A/66/L.48/Rev.1, vorgelegt vom Präsidenten der Generalversammlung. <http://www.un.org/Depts/german/gv-66/band3/ar66281.pdf>, zuletzt abgerufen am 04.12.2018.

⁴²⁸ Brandt, W. (1972): Rede auf dem ausserordentlichen Parteitag der SPD am 12. Oktober 1972 in Dortmund, Manuskriptseite 20. In: Kogon, E., Liebe - einfach und paradox, in: Jens, W. (Hrsg.), Der barmherzige Samariter, 1973, S. 116-124.

geraten. Wie bereits Willy Brandt vor mehr als vierzig Jahren konstatiert hat, kann die Leistung der Spitzenmedizin ihren Sinn nicht in sich selbst finden. Dies macht auch das grosse Interesse von ÄrztInnen am neuen Fachbereich Spiritual Care in eindrucksvoller Weise deutlich. Anhand der im Zitat von Willy Brandt verwendeten Begrifflichkeiten eröffnen sich für die Spiritual Care wichtige Fragestellungen. Sind *Compassion* und *Barmherzigkeit* Tugenden, welche durch Erziehung und Sozialisation erworben werden – oder sind es Gaben, welche ein Mensch in seinem Glauben empfängt? Inwiefern kann die Förderung von Compassion bei medizinischen Fachpersonen in funktionaler Weise dazu genutzt werden, Kosten zu senken – und wo liegen die Grenzen? Diese zentralen Fragestellungen machen deutlich, dass es einer sorgfältigen Analyse dieser Begrifflichkeiten bedarf.

Zusammenhang von Compassion und Empathie

Dieses in der *Compassion* zum Ausdruck gebrachte Mitgefühl steht aus medizinisch-psychologischer Sicht in einem engen Zusammenhang mit Empathie. Dieser relativ neue Begriff taucht erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts im alltäglichen und wissenschaftlichen Sprachgebrauch auf.⁴²⁹ Im wissenschaftlichen Diskurs wurde Empathie zunächst im Kontext von altruistischem Verhalten sowie der Moralentwicklung untersucht. Im Zentrum steht die Frage nach dem Transformationsprozess, der Empathie in psychosozialem Verhalten resultieren lässt. Dabei lassen sich grosse Unterschiede bei den verschiedenen Disziplinen und Subdisziplinen der Psychologie, Medizin und Theologie feststellen. In der Psychologie und Medizin wird Empathie als unwillkürliche, stellvertretende Antwort auf affektive und kognitive Reize diskutiert.⁴³⁰

7.3.1 Empathieverständnis aus psychologischer Perspektive

Empathieverständnis in der Sozialpsychologie

Die Sozialpsychologie versteht Empathie als physiologischen Prozess, der die motorische Ähnlichkeit der Emotion des Beobachters mit dem Zustand einer anderen Person hervorhebt und die dabei hervorgerufenen Emotionen kognitiv verarbeitet. Empathie gilt als Basis für altruistisches Verhalten, wobei von einigen Autoren die Auffassung vertreten wird, dass Empathie zunächst in Mitleid transformiert werden muss, damit sie in psychosozialem Verhalten resultieren kann. Zugleich hat altruistisches Verhalten für das Subjekt auch einen funktionalen Aspekt, eigene unangenehme Gefühlszustände zu reduzieren.⁴³¹ Dies macht deutlich, dass aus psychologischer Sicht auf ein Gegenüber gerichtete Empathie nicht unabhängig vom Subjekt betrachtet werden kann. So ist die Intensität der Emotion

⁴²⁹ Ruckmann, J. & Rief, W. (2013): Empathie: Neurowissenschaftliche Grundlagen, klinische Implikationen und offene Fragestellungen, S. 23.

⁴³⁰ Ebd. mit Verweis auf Gerdes, E.K. (2011). Empathy, sympathy and pity: 21st-century definitions and implications for practice and research. *J Soc Serv Res* (37), S. 230-241.

⁴³¹ Ruckmann, J. & Rief, W. (2013): Empathie: Neurowissenschaftliche Grundlagen, klinische Implikationen und offene Fragestellungen, S. 24.

wesentlich durch die Merkmale des Subjekts sowie die Merkmale des Objekts bestimmt, mit dem mitgeföhlt wird. Wichtige Parameter sind in diesem Zusammenhang die Zugehörigkeit zur In- und Out-group sowie soziale Stigmatisierungsaspekte (wie z.B. eine ethnische Zugehörigkeit).

Empathie als Aktivierung von Spiegelneuronen in der Neurowissenschaft

Wie neurowissenschaftliche Studien zeigen, sind beim Subjekt und Objekt die gleichen kognitiven Repräsentationen aktiviert, die auf einen geteilten affektiven Zustand hinweisen und die gleichen körperlichen Reaktionen aufweisen. Diese Reaktion wird durch die Aktivierung von Spiegelneuronen vermittelt.⁴³² Das eine Netzwerk von Spiegelneuronen ist im prämotorischen Cortex lokalisiert, der willkürliche Bewegungen erkennt und zuordnet. Das zweite Spiegelneuronensystem wird im limbischen System verortet, welches affektassoziiertes Verhalten erkennt. Durch die Interaktion der beiden Spiegelneuronensysteme ist Empathie nicht nur durch das Teilen von Emotionen, sondern auch durch selektive Aufmerksamkeits- und Selbstregulationsprozesse reguliert. Wie die entwicklungspsychologische *Theory of Mind* zeigt, wird das Teilen von Emotionen wesentlich als eine kognitive Fähigkeit zur Perspektivenübernahme verstanden. Dabei gilt das Erkennen und Erleben von Emotionen als wichtige Grundvoraussetzung, um den Geföhlszustand anderer Menschen nachzuempfinden.

Einfluss kognitiver Prozesse auf die Empathiefähigkeit

In diesem Zusammenhang ist ebenfalls die Emotionsregulation von grosser Bedeutung. Um eine angemessene empathische Reaktion zu zeigen, müssen Emotionen entsprechend hoch- oder zurückreguliert werden. So geht es nicht um die Unterdrückung negativer Emotionen, sondern vielmehr um eine kognitive Neubewertung der emotionsauslösenden Situation. Da sich Hinweise auf Defizite in Teilbereichen der Empathie bei vielen psychischen Störungen finden, dürfen Empathie-Defizite nicht fälschlicherweise als allgemeines Persönlichkeitsmerkmal interpretiert werden. In verhaltenstherapeutischen Settings wird Empathiefähigkeit geschult, in der Praxis eingeübt⁴³³ oder als therapeutische Intervention⁴³⁴ eingesetzt. Die Psychoanalyse geht davon aus, dass die Empathiefähigkeit des Kindes wesentlich durch die Empathiefähigkeit der Eltern mitbestimmt wird. Ist die Empathiefähigkeit der Eltern gestört, kann dies aus psychoanalytischer Sicht zu Problemen in der psychosozialen Entwicklung des Kindes führen. Dies hat zur Folge, dass das Gefühl eines eigenständigen Selbst nur schwach ausgebildet werde, was zu Grössenphantasien mit einem geringen Selbstwertgefühl und zu einem Verflachen der Emotionen führen könne.⁴³⁵ Gemäss der Selbstpsychologie von Kohut hängt der gelingende Aufbau eines kohärenten Selbst von dauerhaften positiven Empathieerfahrungen in der frühen Kindheit ab,

⁴³² Gerdes, E. K. (2011). Empathy, sympathy and pity, S. 230-241.

⁴³³ <https://charterforcompassion.org/global-compassion-movement>.

⁴³⁴ Ruckmann, J. & Rief, W. (2013): Empathie, S. 23.

⁴³⁵ Klessmann, M. (2006): Pastoralpsychologie. Ein Lehrbuch. 3. Auflage, S. 149.

wie andererseits ein fragiles Selbst aus in hohem Masse unsicheren und frustrierenden Beziehungen erwächst.

Einfluss biographischer und soziokultureller Einflüsse auf die Empathiefähigkeit

Nach psychologischem Verständnis sind die emotionale Beschaffenheit der Leidenssituation sowie deren Wahrnehmung durch das Subjekt wesentlich durch biographische und soziokulturelle Einflüsse mitgeprägt. Nach psychologischem Verständnis sind Emotionen abhängig ist von der Sprache, der subjektiven Interpretation, der Erfahrung sowie dem soziokulturellen Hintergrund der Person, die Mitgefühl empfindet. So lassen sich zwar auf neurowissenschaftlicher Ebene universale neuronale Aktivitätsmuster festmachen, bei denen bestimmte Hirnareale aktiv sind. Jedoch zeigt die Erfahrung aus der Verhaltenspsychologie, dass Menschen diese Emotionen auf der Grundlage ihres soziokulturellen Hintergrundes einordnen und deuten. Dies lässt sich psychologisch auch mit der evolutionsbiologischen Funktionalität der Emotionen begründen, die Menschen, entsprechend ihrer Rolle und ihren Möglichkeiten, durch Ausschüttung von Neurotransmittern zum Hilfeverhalten gegenüber dem schwachen Mitmenschen anhalten.

7.3.2 Barmherzigkeitsverständnis aus theologischer Perspektive

Die Auseinandersetzung mit der jüdisch-christlichen Tradition zeigt einen Reichtum von Texten, die von der Barmherzigkeit Gottes sprechen und vom Menschen Barmherzigkeit fordern. Bevor nach der spezifisch theologischen Bedeutung der Barmherzigkeit gefragt werden kann, erscheint es sinnvoll, zuerst die etymologische Bedeutung des Begriffs näher zu betrachten. Als Lehnübersetzung des Lateinischen *misericors* („wer ein Herz für die Armen hat“) wird aus dem gotischen Wort *armahairts* das althochdeutsche *arm(a) herzi*. In Anlehnung an das althochdeutsche (ir) barmen (=erbarmen) entsteht daraus über das mittelhochdeutsche *barmherzec* das Adjektiv barmherzig.⁴³⁶ Wie Sapp in seiner *Psychology of Religious Compassion* festhält, lässt sich das semantische Wortfeld nach Gefühls-, Motivations- und Verhaltensaspekten einordnen.⁴³⁷ Empathie, Erbarmen, Liebe, Mitgefühl und Sympathie werden Gefühlsaspekten zugeschrieben, während Altruismus, Gnade, Güte, Hilfsbereitschaft, Humanität, Nächstenliebe und Uneigennützigkeit als Motivationsaspekte aufgefasst werden. Führt Barmherzigkeit zu Verhaltensaspekten, äussert sich dies nach Sapps Modell in Helfen, Freundlichkeit, Caritas, Wohltätigkeit, Vergebung oder in Almosen.⁴³⁸ Dabei dient das semantische Wortfeld des

⁴³⁶ Vgl. dazu das Stichwort „barmherzig“, in: Kluge, F. (1963), Etymologisches Wörterbuch, 53. Zitiert in: Bopp, K. (1998): Barmherzigkeit im pastoralen Handeln der Kirche. Eine symbolisch-kritische Handlungstheorie zur Neuorientierung kirchlicher Praxis, S. 103.

⁴³⁷ Sapp, G. L. (1993): The Psychology of Religious Compassion. In: Ders. (Hrsg.), Compassionate ministry, S. 78.

⁴³⁸ Bopp, K. (1998): Barmherzigkeit im pastoralen Handeln der Kirche. Eine symbolisch-kritische Handlungstheorie zur Neuorientierung kirchlicher Praxis, S. 104.

Barmherzigkeitsbegriffs nicht als Grundlage für das spezifisch theologische Verständnis, sondern als eine Art Ausgangspunkt für die theologische Klärung.

Wenn man nun nach der biblischen Bedeutung von Barmherzigkeit fragt, zeigt sich, dass die Bibel für das deutsche Wort Barmherzigkeit verschiedene hebräische und griechische Begriffe verwendet, die nicht immer einheitlich mit Barmherzigkeit wiedergegeben sind.⁴³⁹ Für das Alte Testament ist Barmherzigkeit zunächst einmal ein göttliches Attribut. Von dieser Eigenschaft Gottes wird dann der Begriff für das menschliche Verhalten abgeleitet. So offenbart sich Gott im Buch Exodus in der Begegnung mit Mose als „*barmherziger und gnädiger Gott, langmütig und reich an Huld und Treue*“ (Ex 32, 8+9). Diese Barmherzigkeit Gottes als Schöpfer, Befreier und Richter ist im alttestamentlichen Verständnis des Tun- und Ergehens- Zusammenhangs eng an die göttliche Gerechtigkeit gebunden, die sich ebenfalls in Gericht, Zorn und Strafe Gottes äussern kann. Wichtig ist dabei der Aspekt des gegenseitigen Gebens und Nehmens, so dass sich der „*barmherzige Mensch nach dem Tun-Ergehen-Zusammenhang letztlich selbst Gutes tut*“.⁴⁴⁰ Barmherzigkeit erschliesst sich daher als eine grundlegende hermeneutische Schlüsselmetapher zum Verständnis des biblischen Gottes und seines Handelns. Gott ist der durchgängig Barmherzige, ob er nun als Schöpfer, Befreier, Erlöser oder Richter in der Welt und an seinem Volk handelt. Diese göttliche Barmherzigkeit äussert sich gegenüber dem Volk Israel in der Treue der Beziehung durch Erneuerung des Bundes, der Vergebung von Schuld, der Befreiung von Not und Rückführung in die Heimat. Daraus folgt der Anspruch, dass auch die Menschen wie Gott barmherzig sein sollen.

Umgang der Theologie mit dem psychologischen Empathieverständnis

An dieser Stelle erscheint es interessant, wie die Theologie mit diesen psychologischen Theorien umgeht. So kommt Michael Klessmann im Verweis auf Gorday zum Schluss, dass „*Empathie im Grunde die Rolle einnimmt, die in der christlichen Tradition mit dem Begriff Gnade bezeichnet ist*“.⁴⁴¹ Da Gnade gemäss theologischem Verständnis für alle Menschen im Glauben zu empfangen ist, führt die Aussage zur Schlussfolgerung, dass Empathie nicht durch zwischenmenschliche Interaktionen oder therapeutische Interventionen erworben und gefördert wird. Theologisch wird dies von Klessmann mit der Rechtfertigungslehre begründet, welche die Möglichkeit einer moralischen Selbstkonstitution des Menschen bestreitet. So soll sich der Mensch im Glauben aus der unverdienten Zuwendung Gottes heraus geliebt fühlen. Aus der erfahrenen Liebe Gottes erwächst nach Klessmanns Verständnis eine Selbstliebe, die sich wiederum als Nächstenliebe konkretisiert und weitergibt. Diese Argumentation zeigt zwei wichtige Erkenntnisse im Dialog zwischen Psychologie und Theologie auf. Erstens beeinflusst die

⁴³⁹ Ebd., S. 107.

⁴⁴⁰ Ebd. S. 113.

⁴⁴¹ Gorday, P. J. (2000): The Self Psychology of Heinz Kohut: What's it all about Theologically? In: *Pastoral Psychology* 48, S. 445-467.

Auseinandersetzung mit der wissenschaftlichen Psychologie gängige Seelsorgekonzeptionen. Durch den Rückgriff auf die Selbstpsychologie Kohuts wird der Graben in der Entgegensetzung von Selbst- und Nächstenliebe überwunden, der im kerygmatischen Seelsorgeverständnis eröffnet worden ist. Zweitens wird nach Klessmanns Verständnis implizit von einem göttlichen Eingreifen in die Biographie des Menschen ausgegangen, indem die von Gott „erfahrene“ Liebe mangelhafte Empathieerfahrungen in der Kindheit „korrigiert“ und den Menschen zur Nächstenliebe zu befähigt. Wie die Auseinandersetzung mit Klessmann weiter zeigt, ist der Hinweis auf ein tragendes und haltendes Gottesobjekt auch dadurch begründet, das System Kirche nicht zu überlasten.

Auch die hermeneutische Theologie bezieht sich in ihrer Auseinandersetzung auf die neurowissenschaftliche Grundlage der Spiegelneuronen und die Entsprechung des eigenen Affektzustands mit dem eines Gegenübers. Interessant ist an dieser Stelle nun die Auseinandersetzung damit, wie die hermeneutische Theologie das psychologische Empathieverständnis interpretiert. So halten Dalferth und Hunziker treffenderweise fest, dass Mitleid in der neueren empirischen Emotionsforschung vor allem als Empathie thematisch untersucht wird.⁴⁴² Jedoch lassen sich bei der tieferen Auseinandersetzung einige Herausforderungen und Charakteristika feststellen. Da keine Unterscheidung zwischen den verschiedenen psychologischen Richtungen gemacht wird, kommt der Beitrag zur nicht unproblematischen Schlussfolgerung, dass sich die empirische Emotionsforschung in einseitiger Weise auf den affektiven Charakter fokussiert. So wird festgehalten, dass *„Mitfühlen nicht in der kognitiven Fähigkeit von Menschen besteht, sich in die Position eines andern Menschen hineinzusetzen, sondern die auch bei Tieren zu beobachtende emotionale Fähigkeit meint, im Sinne einer Resonanz die Gefühle anderer zu teilen und dadurch das eigene Verhalten an emotional erfassten Stimmungen auszurichten“*.⁴⁴³ Dieser Feststellung gilt es entgegenzuhalten, dass in der empirischen Emotionsforschung affektive und kognitive Prozesse miteinander interagieren. So kommt die soziale Empathie nicht nur durch die von Spiegelneuronen vermittelte Vergegenwärtigung des Schmerzes eines Anderen zustande. Vielmehr zeigen sozialpsychologische Konzepte zur In- und Outgroup oder zu Stigmatisierung, dass Emotionen ganz wesentlich auch durch kognitive Prozesse des Subjekts bewertet und gedeutet werden. Wie die Auseinandersetzung zeigt, verfolgt diese theoretische Konzeption des hermeneutischen Beitrags wesentlich die Absicht, die psychologische Empathiekonzeption von der theologischen Mitleidskonzeption abzugrenzen.

⁴⁴² Dalferth, I.U. & Hunziker, A. unter Mitarbeit von Andrea Anker (2007): Mitleid, XIII.

⁴⁴³ Ebd., XVI

Anlehnung der «Mitleidenschaft» an das Gottesverständnis biblischer Traditionen

Wie Johann Baptist Metz verdeutlicht, zeigen sich in theologischen Kreisen immer wieder Bedenken, dass das „christliche Mitgefühl“ der Beliebigkeit des postmodernen Marktes ausgeliefert wird.⁴⁴⁴ Deshalb beschäftigt sich Metz mit der Frage nach einem pluralismustauglichen Universalismus. Sein Vorschlag zielt auf das Gottesverständnis der biblischen Traditionen ab, soweit es sich als Leidensgedächtnis der Menschen formuliert. In diesem Gedächtnis ist der Universalismus als Weltprogramm des Christentums im Zeitalter des Pluralismus verankert. Metz weist darauf hin, dass die Rede von Gott allemal eine universalistische Rede ist, da er nur als „mein Gott“ angebetet werden kann, wenn er zugleich auch „dein“ und „unser“ Gott ist. Metz versteht die Gottesrede der biblischen Tradition als Rede, die durch die unbeantwortbare Theodizeefrage nach dem Leid in Gottes guter Schöpfung „gebrochen“ ist, und sich über das Gedenken des Leids der Anderen universalisieren kann. Universal könne die Gottesrede nur dann sein, wenn sie in ihrem Kern eine für fremdes Leid empfindliche Gottesrede ist, fremdes Leid zur Sprache bringt und versäumte Verantwortung und verweigerte Solidarität beklagt.

Von Mitleid grenzt Metz die *Empathie* ab, die durch ihren Verweis auf die reine Gefühlswelt, „privatisierend“ klinge und der Metz gar „unpolitische“ und „unsoziale“ Züge zuschreibt. Als Gegenpol beschreibt er ein Freiburger Experiment, „*Mitleidenschaft*“ als Lernfach eines Schulprojekts mit kirchlicher Trägerschaft einzuführen. Dieses Lernfach verfolgt das Ziel, bei jungen Menschen moralisches und soziales Verhalten in einer komplexen und religiös pluralen Gesellschaft einzuüben. Dabei wird die Bedeutung von Mitleid nicht in Bezug auf einzelne soziokulturelle Kontexte, sondern nur auf die Situation der Menschheit als *Ganzes* untersucht und reflektiert.⁴⁴⁵ Demzufolge definiert Metz die *Compassion* ausschliesslich moral- und handlungsbezogen als „*biblische Mitgift für ein sittliches Weltprogramm im Zeitalter der Globalisierung*“.⁴⁴⁶ Dieser sittliche Universalismus wurzelt in der unbedingten Anerkennung einer Autorität der Leidenden. Dieses Leiden ist bei Metz (mit Begrifflichkeiten wie „Schwäche“) in einseitiger Weise nach dem christlichen Passionsverständnis des unschuldigen Opfers konnotiert. Dass Leiden auch aufgrund mangelnder Selbstverantwortung in Erscheinung treten kann, macht die Grenzen eines universal verstandenen Leidensverständnisses deutlich. Dabei lässt der von Metz propagierte biblische kategorische Imperativ, dass Jesus nicht eine Mystik der geschlossenen Augen, sondern der „unbedingten Wahrnehmungspflicht für fremdes Leid“ fordert, einige Fragen offen.

Die theologischen Grundlagen der Care-Begriffsfindung

Das Verhältnis von Kirche und Diakonie beschäftigt Christen seit vielen Jahrhunderten. Die Ursprünge einer Unterscheidung gehen auf die paulinische Tradition zurück, Herrenmahl und Sättigungsmahl

⁴⁴⁴ Metz, J. B. (2000): *Compassion. Zu einem Weltprogramm des Christentums im Zeitalter des Pluralismus der Religionen und Kulturen*. In: Metz, J.B., Kuld, L. & Weisbrod, A. (Hrsg.) *Compassion, Weltprogramm des Christentums*, S. 9-18.

⁴⁴⁵ Ebd., S. 13.

⁴⁴⁶ Ebd., S. 15.

voneinander zu unterscheiden.⁴⁴⁷ Durch die Abtrennung von Agape und Kult ist Diakonie nicht mehr fundamentaler Teil der Koinonia. Daraus ergibt sich eine Bedeutungsverschiebung von sich gegenseitig solidarisch Unterstützenden zu Helfenden und Hilfeempfängern. Wie Rüegger und Sigrist in ihrem Werk zur schöpfungstheologischen Auseinandersetzung mit der Diakonie zeigen, gibt es wesentliche Unterschiede zwischen der diakoniewissenschaftlichen und ekklesiologischen Zugangsweise des Nachdenkens über die Diakonie. Während Diakoniewissenschaftler das Kirchesein von Diakonie bzw. das Diakoniesein von Kirche radikal in eins setzen, versteht sich das traditionelle Nachdenken über Diakonie im ekklesiologischen Kontext als dimensionaler Zugang. *Diakonia* wird neben *Leiturgia*, *Martyria* und *Koinonia* als mehr oder minder stark gelebte Dimension wahrgenommen. Der Begriff der Dimension erfüllt dabei die Funktion als Bewertungsmaßstab und Betrachtungsperspektive *kirchlichen Handelns*, nicht *kirchlichen Seins*.⁴⁴⁸ Diese Unterscheidung zwischen Handeln und Sein erscheint mir für die theologische Auseinandersetzung mit der christlichen Care-Tradition von grundlegender Bedeutung zu sein. So stellt sich in der aktuellen Literatur die Frage, ob sich helfendes, solidarisches Handeln aus christlicher Perspektive von Formen des Helfens von Menschen unterscheidet, die nicht aus religiöser Motivation tätig sind. Thorsten Moos hält grundlegend fest, dass „Helfenwollen und Hilfehandeln human allgemein sind“, so dass nichts für ein christliches Spezifikum des Hilfehandelns spricht.⁴⁴⁹ Die Aussage stützt sich auf die Tatsache, dass der Impuls zu helfen als „*anthropologische Universalie*“ allen ideologischen, philosophischen, theologischen und sozialwissenschaftlichen Kategorien des Gemeinschaftshandelns zugrunde liegt. Rüegger und Sigrist machen darauf aufmerksam, dass Helfen zwar konstitutiv zum Kirchesein gehöre, aber deswegen nicht etwas spezifisch und exklusiv Christliches, sondern etwas Allgemeinmenschliches sei. So werde aus der richtigen Einsicht heraus, dass Diakonie konstitutiv zum Sein der christlichen Kirche gehöre und Kirche ohne soziales, diakonisches Handeln nicht sein könne, fälschlicherweise geschlussfolgert, dass Handeln aus Nächstenliebe seinerseits nicht ohne Kirche tätig sein kann.⁴⁵⁰

Eine theologische Begründung von Diakonie steht daher vor der Herausforderung, soziales, helfendes Handeln aus der Perspektive des Glaubens an Gott zu deuten, ohne zu einer Spezialität von an Gott glaubenden Menschen zu mutieren. Die verschiedenen theologischen Begründungsansätze unterscheiden sich in der zentralen Frage, ob eine Deutung aus der Perspektive des Glaubens an Gott nur das Handeln von Christen betrifft, oder auch das Handeln von anders- oder nichtglaubenden Menschen? Worin soll das Proprium christlich-diakonischen Helfens überhaupt bestehen? Um die

⁴⁴⁷ Hofmann, B. (2014): Ekklesiologische Begründungsansätze von Diakonie. In: Sigrist, Ch. & Rüegger, H. (Hrsg). Helfendes Handeln im Spannungsfeld theologischer Begründungsansätze, S. 96.

⁴⁴⁸ Ebd., S. 103.

⁴⁴⁹ siehe Ausführungen dazu bei: Sigrist, Ch. & Rüegger, H. (Hrsg). Helfendes Handeln im Spannungsfeld theologischer Begründungsansätze, S. 7.

⁴⁵⁰ Rüegger, H. & Sigrist, Ch. (2014): Zur schöpfungstheologischen Begründung von Diakonie: In: Sigrist, Ch. & Rüegger, H. (Hrsg). Helfendes Handeln im Spannungsfeld theologischer Begründungsansätze, S. 72.

Tragweite dieser Frage zu verdeutlichen, soll im Folgenden ein Blick auf die verschiedenen theologischen Traditionen geworfen werden, welche helfendes Handeln begründen. So wird christliches Handeln anhand bibelwissenschaftlicher Traditionen des Alten und Neuen Testaments, systematisch-theologischer Zugänge wie der Christologie oder Schöpfungstheologie, aber auch der Rechtfertigungslehre gedeutet. Auf dem Hintergrund des biblisch-jüdischen Gottesbildes und des neutestamentlichen Verständnisses der Sendung Jesu stellt sich die Frage, wie die Verpflichtung der Gläubigen zu karitativem Handeln in den verschiedenen Ansätzen begründet wird.

Theologische Begründungsansätze im Alten und Neuen Testament

Wie Anni Hentschels Untersuchungen zu neutestamentlichen Begründungsansätzen sozialen Handelns zeigen, beginnen diese bereits im Alten Testament.⁴⁵¹ So bilden das jüdische Gottesbild und die Weisungen, die Gott seinem Volk Israel als Handlungsorientierung gegeben hat, die Grundlagen der neutestamentlichen Nächstenliebe. Darauf bezieht sich auch die Aussage in Mt 5, 17, wo Christus spricht: *„Meint nicht, ich sei gekommen, das Gesetz oder die Propheten aufzulösen. Nicht um aufzulösen bin ich gekommen, sondern um zu erfüllen“*. Der alttestamentliche Zusammenhang von Tun und Ergehen lässt die Wirklichkeit und Welt sinnhaft und gerecht erscheinen. Dahinter steht die Vorstellung, dass die gute Tat auch gute, die schlechte Tat hingegen schlechte Konsequenzen nach sich zieht. Aus dieser Perspektive besteht nach hebräischem und altorientalischem Verständnis eine enge Verbindung zwischen Gerechtigkeit und Barmherzigkeit. Dabei ist Gott nicht an ein abstraktes Prinzip von Gerechtigkeit gebunden, sondern kann aufgrund seiner Barmherzigkeit von ihm selbst gefällte Urteile revidieren. So kann Gott sich wieder erbarmen, nachdem er die Menschen wegen ihrer Bosheit gerichtet hat (Gen 6, 5-8), oder gar seinen Gerichtszorn durch Erbarmen aufheben (Hos 11,8-11). Charakteristisch ist, dass Gott sich allein aus Gnade und aus bedingungsloser Liebe dem Menschen immer wieder zuwendet. Weil Gott barmherzig ist und darauf achtet, dass alle Menschen zu ihrem Lebensrecht kommen, ist seine Liebe, angesichts des Unrechts in der Welt, nur in Verbindung mit seiner Gerechtigkeit vorstellbar.⁴⁵² Gottes Liebe als unverdiente Zuwendung Gottes zum Menschen zeigt sich daher nicht erst in Christus, sondern bestimmt das Wesen Gottes in allen biblischen Texten. Die Verehrung Gottes schliesst ein, dass sich die Gläubigen für zwischenmenschliche Gerechtigkeit einsetzen, die sich konkret in der Fürsorge für die Armen und Benachteiligten zeigt. Gott zu lieben bedeutet, in Liebe, Rücksicht und Solidarität mit den Menschen zu leben. Doch immer wieder machen die Menschen in der altorientalischen Welt die Erfahrung, dass sich der Tun-Ergehens-Zusammenhang nicht bestätigt. Gegen diese Erfahrung wird in einigen späteren biblischen Texten die Hoffnung gesetzt, dass Gott nach dem Tod für Gerechtigkeit sorgen werde, indem er die Gerechten bei sich aufnimmt, die Frevler aber ins

⁴⁵¹ Hentschel, A. (2014): Theologische Begründungsansätze sozialen Handelns im Neuen Testament. In: Sigrist, Ch. & Rüegger, H. (Hrsg). *Helfendes Handeln im Spannungsfeld theologischer Begründungsansätze*, S. 17.

⁴⁵² Ebd., S. 19.

Leere fallen lässt. Das Vertrauen auf die Gerechtigkeit Gottes führt schliesslich zur Hoffnung, dass Gott am Ende der Zeit eine universale Gottesherrschaft aufrichten wird.⁴⁵³

In den neutestamentlichen Texten erfüllt sich mit Jesus Christus die Hoffnung auf das Kommen der Gottesherrschaft. Dabei zeigt sich Gottes Gerechtigkeit als Barmherzigkeit gerade denen gegenüber, die Not Leiden und benachteiligt sind. Jesu Botschaft vom Kommen der Gottesherrschaft richtet sich als frohe Botschaft primär an die Armen und sozial Benachteiligten. Dabei erfolgt seine Verkündigung sowohl in Worten als auch in Taten, indem seine Wunder als Zeichen auf die anbrechende Herrschaft Gottes hinweisen. Wie Henschel zeigt, besteht Jesu Auftrag folglich nicht primär im Dienst der Nächstenliebe an den Menschen, sondern im Aufrichten der endzeitlichen Gottesherrschaft. Für diesen Auftrag, der im Griechischen u.a. mit dem Begriff *diakonia* bezeichnet wird, ist Jesus mit göttlicher Vollmacht ausgestattet. In diesem Sinne ist Jesus der *diakonos* Gottes, das heisst der von Gott in seiner Autorität gesandte Bote oder Vermittler. Die Verpflichtung zum karitativen Handeln ist sowohl in der Tora als in den neutestamentlichen Texten in Gott selbst begründet.⁴⁵⁴ Liebe zu Gott realisiert sich in den Taten der Nächstenliebe, die sich in der Verbindung des Gebotes zur Gottes- und zur Nächstenliebe zeigt. Es zeigt sich, dass in den biblischen Texten dem Zusammenhang zwischen Gottes-, Nächsten- und Selbstliebe eine grosse Bedeutung zugemessen wird: „*Du sollst den Herrn Deinen Gott lieben von ganzem Herzen, mit ganzer Kraft und Verstand. Und Deinen Nächsten wie dich selbst*“ (Mk. 12, 29-31). Daraus lässt sich wiederum die Schlussfolgerung ziehen, dass jede karitative Handlung aus drei Perspektiven betrachtet werden muss: 1. Aus der Perspektive der persönlichen Werthaltung oder des religiösen Glaubens, aus der die Hilfeleistung erfolgt, 2. Aus der Perspektive der Bedürfnisse und des Wohls des Nächsten, und 3. aus der Perspektive der Bedürfnisse und Ressourcen des Hilfeleistenden.

Christologische Begründung von helfendem Handeln

Die Auseinandersetzung mit den Seelsorgekonzepten macht deutlich, dass sich die Seelsorge in ihrem helfenden Handeln an Christi Beispiel in den Evangelien orientiert. Seelsorge wird als Auftrag an den sozial Schwächeren und kranken Menschen verstanden, der viele Parallelen zum Auftrag Christi zeigt. Dabei machen die Auseinandersetzungen mit der biblischen-jüdischen und neutestamentlichen Tradition deutlich, dass theologisch eine christologische Begründung für das Hilfeverhalten zu kurz greift. Wie Rüegger und Sigrist zeigen, erweist sich diese Orientierung nicht nur als Überhöhung menschlichen Handelns. Vielmehr wird klar, dass Nächstenliebe mit der Gesamtperspektive der Handlungsmotivation und des konkreten Auftrags des Helfers zusammengedacht werden muss. So führt es nicht nur beim Helfer zu einer Überforderung, Christi Beispiel zum Vorbild zu nehmen. Helfen kann auch für den

⁴⁵³ Ebd., S. 22-23.

⁴⁵⁴ Ebd., S. 31.

Hilfeempfänger negative Auswirkungen haben, indem er gegenüber dem Helfer in ein Abhängigkeitsverhältnis geraten kann. So sollten sich auch Helfer der kritischen Frage stellen, aus welcher Motivation heraus sie handeln. Wie Klaus Dörner festhält, *„sind Menschen auch deshalb helfensbedürftig, um für andere Bedeutung zu erlangen“*.⁴⁵⁵

Wie Rüegger und Sigrist mit Verweis auf Rudolf Bohren zeigen, erweist sich christologisches (und ekklesiologisches) Reden im Neuen Testament als unterscheidend und trennend. So stehen auf der einen Seite denen, welche durch die Taufe in die Heilwirklichkeit in Christus versetzt sind (1.Kor 1, 30) und aus der Kraft des Evangeliums leben, die „Heiden“ gegenüber, die „fern von Christus“ „ohne Hoffnung“ und „ohne Gott“ sind. Bereits in den neutestamentlichen Briefen führt diese christologische Unterscheidung dazu, die Wirklichkeit tätiger Liebe in verklärenden Farben zu überzeichnen, während das Verhalten der nichtchristlichen Menschen negativ dargestellt wird. Diese Kontrastierung zwischen „christlich“ und „nicht-christlich“ wird dadurch verstärkt, dass Christen als leuchtende Vorbilder mitten unter einem „verkehrten“ Geschlecht positioniert werden. Dass auch Menschen, die den christlichen Glauben nicht teilen, empathisch-solidarisch handeln und analog zu den Christen „das Gute, Wohlgefällige und Vollkommene“ (Röm. 12,2) tun können, ist eine Vorstellung, die in der theologischen Logik eines Paulus keinen angemessenen Platz findet.

Wie Rüegger und Sigrist konstatieren, ist diese problematische Seite der christologischen Begründung von Seiten der Diakonie bislang wenig aufgearbeitet worden.⁴⁵⁶ Sie schlagen deshalb vor, dass die Christen mehr Verständnis für die humanen Motive des Helfens, ohne Gottes- oder Christusbezug, entwickeln sollten. *„Denn auch ohne den christologischen Bezug“*, so schreiben die Autoren mit Verweis auf Hans-Jürgen Benedict,⁴⁵⁷ *„gibt es unter Menschen eine starke Verpflichtung, einander zu unterstützen und sich des anderen Menschen zu erbarmen, sozialen Ausgleich zu organisieren und in eine Bewegung gegenseitigen Gebens und Nehmens hineinzukommen“*. Analoges gilt auch für den Bereich der Seelsorge. In der Seelsorge stellen sich zwei weitere Herausforderungen, da diese, im Vergleich zur kirchlichen Diakonie, nicht karitativ, sondern professionell tätig ist. Weil helfendes Handeln nicht nur ein christliches, sondern ein allgemeinmenschliches Phänomen ist, gerät die Seelsorge in einer säkularisierten Gesellschaft immer mehr unter Druck. Dass die Seelsorge mit der Entwicklung von Spiritual Care nicht mehr alleine für die spirituelle Begleitung von Patienten zuständig ist, erfordert ein neues Verständnis seelsorglichen und diakonischen Handelns. Gleichzeitig eröffnet die multikulturelle und religiös-pluralistische Gesellschaft einen Raum für eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Eigenen

⁴⁵⁵ Rüegger, H. & Sigrist, Ch. (2014): Zur schöpfungstheologischen Begründung von Diakonie mit Verweis auf Klaus Dörner. In: Sigrist, Ch. & Rüegger, H. (Hrsg.). *Helfendes Handeln im Spannungsfeld theologischer Begründungsansätze*, S. 65.

⁴⁵⁶ Ebd.

⁴⁵⁷ Rüegger und Sigrist verweisen an dieser Stelle auf Hans-Jürgen Benedict: Gott als kooperative Macht der Barmherzigkeit und Gerechtigkeit – Biblische Diakonie, diakonische Gemeinde, in: Schibilsky, M. & Zitt, R. (Hrsg.), *Theologie und Diakonie* (Veröffentlichungen der wissenschaftlichen Gesellschaft für Theologie, Bd. 25, Gütersloh 2004, S. 66-78.

und Fremden. Auch die interprofessionelle Zusammenarbeit erfordert erweiterte Kompetenzen, Situationen der Hilfsbedürftigkeit und des Helfens in einen grösseren Sinn- und Wertehorizont zu stellen. Spiritual Care verändert die Seelsorge insofern, als in einer säkularen und multireligiösen Gesellschaft dieser Sinn- und Wertehorizont nicht mehr ausschliesslich über die Christologie oder die Massstäbe des christlichen Glaubens definiert wird.

Christologische Begründung helfenden Handelns im Lichte der Rechtfertigungslehre

Auch wenn die paulinische Theologie einen Unterschied zwischen Christen und Nicht-Christen suggeriert, besteht unter Theologen der Neuzeit mehrheitlich ein gegenteiliger Konsens. Anika Christina Albert kommt mit Bezug auf Ingolf Dalferth⁴⁵⁸ gar zum Schluss, dass *„Christen keine besseren Menschen sind, und in mancher Hinsicht viele Menschen gar besser sind als die meisten Christen. In dem, was sie tun, haben Christen anderen Menschen nichts voraus“*.⁴⁵⁹ Dies wirft die Frage auf, was dann einen Christen zum Christen macht? Nach Kierkegaard kann die Antwort nur lauten: *„Sein christliches Leben und sein Wirklichkeitsverständnis unterscheiden ihn von anderen Menschen“*,⁴⁶⁰ was die Frage unbeantwortet lässt, nach welchen Kriterien sich „ein christliches Leben“ von „christlichen Taten“ oder einem „nicht christlichen Leben“ unterscheiden. Mit dem Wirklichkeitsverständnis verweist Kierkegaard auf einen Sinnhorizont, von dem alle Handlungen aus christlicher Perspektive gedeutet werden. Auf diese Grundlage stützt Albert ihren Versuch, helfendes Handeln mit spezifisch christlichen Denkfiguren nicht-religiös zu interpretieren, indem diese auch für sogenannte „neutralere“ Begründungsmodelle transparent gemacht werden sollen. Als solch spezifisch christliche Denkfigur greift die Autorin die Rechtfertigungslehre auf. Während der Artikel 15 der Grundordnung der EKD Diakonie als „Lebens- und Wesensäusserung von Kirche“ versteht, bildet für Albert die Rechtfertigungslehre das Verständnis von Kirche. Dies hat zur Konsequenz, dass die Rechtfertigungslehre gewissermassen zum Massstab der theologischen Begründung von Diakonie wird.

Aus Sicht der Autorin baut das Verständnis von Hilfe als Gabe und Gegenseitigkeit auch für Nicht-Christen auf dieser Grundlage auf. Interessanterweise zeigt diese Rechtfertigungslehre keine Parallelen zum paulinischen Verständnis, das an dieser Stelle eine eindeutige Trennung von Christen und Nicht-Christen macht. Vielmehr wird die Rechtfertigungslehre in einen allgemeinen Horizont von Schöpfung und Erlösung gebracht, in den alle Menschen, ungeachtet ihrer religiösen Ausrichtung, eingebunden sind. Aus dieser Perspektive wird die Rechtfertigungslehre exemplarisch als Bindeglied zwischen Helfen als

⁴⁵⁸ Albert, A.Ch. mit Verweis auf Dalferth, I.U.: „...der Christ muss alles anders verstehen als der Nicht-Christ...“. Kierkegaards Ethik des Unterscheidens. In: Ethik der Liebe. Studien zu Kierkegaards „Taten der Liebe“. Religion in Philosophy and Theology 4, Tübingen 2002, S. 19-46.

⁴⁵⁹ Albert A. Ch. (2014): Christologische Begründung diakonischen Handelns im Lichte der Rechtfertigungslehre. In: Sigrist, Ch. & Rüegger, H. (Hrsg.). Helfendes Handeln im Spannungsfeld theologischer Begründungsansätze, S. 51.

⁴⁶⁰ siehe 14, S. 21.

allgemein menschlichem Phänomen und spezifisch christlicher Auslegung aufgefasst.⁴⁶¹ Dieses von Gott ausgehende Versöhnungsgeschehen zwischen Gott und Mensch wird als „*Überwindung einer Defizitperspektive*“ dargestellt, die Hilfehandeln als „*menschliche und eschatologische Antwort auf den vorausgehenden Zuspruch Gottes*“ versteht. So wird Glaube nicht durch einen anthropologischen Mangel, sondern als Antwort einer Gabe aufgefasst, die mehr ist als alles, was ein Mensch erträumen und erwarten kann. Dies bedeutet aus christlicher Perspektive, dass das Geschenk der göttlichen Gnade, das jeder menschlichen Hilfeleistung vorausgeht, auf einer übergeordneten Ebene liegt und einer „Logik der Überfülle“ entspricht,⁴⁶² aus der heraus zwischenmenschliches Handeln resultieren soll.

Wie die Auseinandersetzung mit Alberts Artikel zeigt, führt die Begründung helfenden Handelns auf der Grundlage der Rechtfertigungslehre zu verschiedensten theologischen und psychologischen Problemen. Auf theologischer Ebene lässt sich festhalten, dass Albert eine schöpfungstheologische „Modernisierung“ der Rechtfertigungslehre vornimmt, die nicht mehr ihrer biblischen Basis entspricht. So wird nach paulinischem Verständnis die Göttliche Gnade nicht im Giesskannenprinzip über alle Menschen ausgegossen, sondern wird nur einer bestimmten Gruppe von Christen zuteil, die explizit nach den Massstäben des christlichen Glaubens leben. Dabei nimmt Albert in ihrem Verständnis der Rechtfertigungslehre nicht wie Paulus die Sündhaftigkeit des Menschen, sondern ausschliesslich den Geschenkcharakter des Lebens in den Blick. Aus theologischer Sicht erscheint es fragwürdig, warum Gott seinen Sohn qualvoll am Kreuz sterben lässt, um Menschen seine Gnade zu erweisen. Diese problematische Schlussfolgerung entsteht dadurch, dass dem neutestamentlichen Stellvertretungsgedanken keine Beachtung geschenkt wird, dass Christus den Tod anstelle des sündigen Menschen auf sich nimmt. In diesem Sinne betrachte ich Alberts Versuch, „*die Rechtfertigungslehre mit modernen Kategorien und Begriffen zu erweitern*“, theologisch als wenig haltbar. Dass nach Alberts Verständnis die Rechtfertigungslehre gar soziale und politische Implikationen erhält, wirkt aus meiner Sicht realitätsfern. Daher halte ich die Rechtfertigungslehre als ungeeignet, um anhand religiöser Phänomene allgemein menschliche Phänomene zu beschreiben. Eine weitere Schwäche an diesem Konzept liegt aus meiner Sicht in der Passivität, die ein Mensch beim Versöhnungsgeschehen einnimmt und aus der heraus Beziehungen gestaltet werden.

Schöpfungstheologische Begründung von helfendem Handeln

Unter vielen TheologInnen besteht inzwischen weitgehend ein Konsens, dass sich christliches und nichtchristliches Helfen in den Taten nicht voneinander unterscheiden. Wie die Literatur zeigt, scheinen sich deshalb schöpfungstheologische Erklärungsmodelle besser auf die Bedürfnisse von andersgläubigen oder säkularen Menschen anzupassen. Die schöpfungstheologische Deutung helfenden

⁴⁶¹ Ebd., S. 53.

⁴⁶² Ebd. S. 54.

Handelns liegt darin begründet, dass die Fähigkeit zum Helfen und zu sozialem Handeln als eine Grundfähigkeit betrachtet wird, die Gott von der Schöpfung her allen Menschen als seinen Geschöpfen mitgegeben hat.⁴⁶³ Dabei erweist sich Gottes schöpferische Liebe zum Leben nicht erst in der Glaubenserwählung, sondern bereits in der Schöpfung. Wie die Gottebenbildlichkeit grundsätzlich allen Menschen gilt, so trifft dies nach Rüeggers und Sigrists These auch auf die Fähigkeit zu mitfühlend-solidarischem Handeln zu. Die Autoren beziehen sich in ihrer These, dass es sich beim Helfen um ein allgemeines menschliches Phänomen handelt, auf das Werk des Neutestamentlers Gerd Theissen.⁴⁶⁴ Sie plädieren dafür, dass das Verständnis christlichen Sozialhandelns nicht in eine verhängnisvolle Schieflage geraten dürfe, die darin gipfelt, dass christliches Helfen theologisch überhöht und allgemeinemenschliches bzw. nichtchristliches Helfen abgewertet werde.⁴⁶⁵ Sie begründen ihre Thesen damit, dass sich die (in Anlehnung an Mt 25 formulierten) sieben Werke der Barmherzigkeit als Kern einer christlichen Ethik des Helfens in manch anderen Religionen und Philosophien ebenfalls finden. Dabei würden schöpfungstheologische Interpretationsmuster zur Einsicht führen, dass Helfen etwas Allgemeines und keine exklusive christliche Spezialität seien. Dies führe dazu, auch säkulares Helfen ernst zu nehmen und theologisch zu würdigen.⁴⁶⁶

Wie zuvor der Beitrag von Anika Christina Albert verdeutlicht, hat es in jüngster Zeit Versuche gegeben, die soteriologisch geprägten Konzepte der Rechtfertigung in eine schöpfungstheologische Perspektive umzuinterpretieren. So erfolgt Hilfeverhalten aus einer christlichen Motivation, ohne dieses explizit als Merkmal dem Christentum zuzuordnen. Die Evidenz der schöpfungstheologischen Grundlage lässt sich weiter anhand des Gleichnisses vom barmherzigen Samariter (in Lk 10, 30-36) illustrieren. So erfolgen die theologisch relevanten Handlungen des Samaritaners ohne theologische Absicht oder Motivation, sondern unterstreichen die Qualität weltlich-sozialen Handelns. In diesem Sinne können Hilfeleistungen, wie sie die Diakonie und die Seelsorge erbringen, grundsätzlich auch von anderen Anbietern geleistet werden. Rüegger und Sigrist plädieren deshalb dafür, auf den Diakoniebegriff für christlich motiviertes soziales Handeln grundsätzlich zu verzichten.

So erscheint es zunächst plausibel, dass sich christliches und nicht-christliches Handeln in ihrer Qualität für den Hilfeempfänger nicht voneinander unterscheiden. Aber auch die Schöpfungstheologie bietet keine befriedigende Grundlage, um helfendes Handeln zu erklären. Analog zu christologischen und rechtfertigungstheologischen Erklärungsansätzen, erweist es sich aus der Perspektive einer pluralistischen und säkularisierten Gesellschaft als schwierig, jüdisch-christliche Konzepte der Rechtfertigung

⁴⁶³ Ebd., S. 66-67.

⁴⁶⁴ Theissen, G. (2008): Die Bibel diakonisch lesen: Die Legitimitätskrise des Helfens und der barmherzige Samariter. In: V. Hermann & M. Horstmann (Hg.) Studienbuch Diakonie, Bd. 1: Biblische, historische und theologische Zugänge zur Diakonie. 2. Auflage.

⁴⁶⁵ Rüegger, H. & Sigrist, Ch. (2014): Zur schöpfungstheologischen Begründung von Diakonie mit Verweis auf Klaus Dörner. In: Sigrist, Ch. & Rüegger, H. (Hrsg.). Helfendes Handeln im Spannungsfeld theologischer Begründungsansätze, S. 68.

⁴⁶⁶ Ebd., S. 77.

oder eines Schöpfergottes auf Menschen aus anderen Religionen und Kulturen zu übertragen. Vielmehr ist für die zukünftige Spiritual Care Bewegung zu wünschen, dass Erklärungsmodelle helfenden Handelns verschiedene Glaubensüberzeugungen zulassen und Erkenntnisse aus den benachbarten Wissenschaften der Medizin, Soziologie und Psychologie in ihre Anthropologie integrieren. So müsste sich eine Theorie helfenden Handelns auch mit Fragen zu den individuellen Bedürfnissen des Gegenübers sowie zum eigenen Selbstverständnis auseinandersetzen: Welcher Nutzen bringt helfendes Handeln für den Helfer? Welche Rolle nimmt er ein? Aus welcher Haltung erfolgt das Hilfeverhalten? Was sind die Werthaltungen und Überzeugungen des Helfers? Inwiefern teilt der Hilfeempfänger die Werthaltungen des Helfers? Es fällt auf, dass die theologischen Erklärungsansätze helfenden Handelns den Menschen aus einer allgemeingültigen, nicht jedoch aus einer individuellen Perspektive betrachten. Dies eröffnet an dieser Stelle die Frage nach dem Subjektverständnis in der theologischen Literatur.

Die Subjektfrage in der Praktischen Theologie

Henning Luther zeigt auf, dass das postmoderne Subjektverständnis in einer Krise steckt.⁴⁶⁷ Zum einen wird der neuzeitlichen Subjektivität ihr machtorientierter Herrschaftsanspruch vorgehalten, dem Subjekt alles als Objekt entgegenzusetzen. Zum anderen wird der Subjektzentrierung asozialer Individualismus vorgeworfen. Das „Subjekt“ und der Selbstbewusstseinsgedanke wurden in der Neuzeit durch Descartes eingeführt. Die Trennung von Subjekt und Objekt liegt in der Subjektivität der Gewissheit von „*cogito ergo sum*“ begründet. Im aufklärerischen Denken sind der bloße Traditionalismus und Objektivismus nicht länger zu rechtfertigen. So sind weder Erkenntnis noch das menschliche Zusammenleben ohne die Vermittlung der Subjektivität denkbar. Wie auch immer diese Vermittlung durch Subjektivität in den einzelnen philosophischen Systemen bestimmt und gedacht worden ist, so lässt sich als Gemeinsamkeit neuzeitlicher Vernunftbestimmungen festhalten, dass als vernünftig nur gelten kann, wo auf das Dabei-sein-Können des Subjekts nicht verzichtet wird.⁴⁶⁸ Wo die Integration des Subjekts nicht gegeben ist, droht Unmündigkeit und Unterwerfung unter Vorgegebenes. In Anlehnung an das aufklärerische Gedankengut, bedeuten die Ideale der Autonomie und Selbstbestimmung daher nicht primär Selbstbemächtigung oder Selbstüberschätzung, sondern lediglich den Anspruch auf das Dabei-sein-Können des Subjekts.

Luther macht weiter deutlich, dass Subjektivität und konkrete Individualität im neuzeitlichen Vernunftkonzept nicht zusammengedacht sind, da Individualität mit den Mitteln vereinheitlichender und verallgemeinernder Vernunft gerade nicht gedacht werden kann. Jedoch schwingt im Identitätsbegriff die

⁴⁶⁷ Luther, H. (1992): „Ich ist ein Anderer“, in: Luther H. (Hrsg.), Religion und Alltag. Bausteine zu einer Praktischen Theologie des Subjekts, S. 62.

⁴⁶⁸ Ebd., S. 63.

Idee des autonomen Individuums mit, indem die Vorstellung, mit sich identisch zu sein, auf die Frage nach Subjektivität verweist. Die Rede von der Identität evoziert die Suche des Subjekts nach sich selbst. In dieser Auseinandersetzung mit dem Identitätsbegriff scheinen unterschiedliche Motive und Interessen verbunden zu sein.⁴⁶⁹ Luthers Auseinandersetzung mit der Identität entzündet sich an der Frage, ob es sich bei der Identität um eine Bewegung oder einen Zustand handelt. Er kritisiert die Thesen Eriksons, der Identität entwicklungspsychologisch einem bestimmten Zeitpunkt in der individuellen Bildungsgeschichte zuteilt. Dadurch würde der Identitätsbegriff nicht mehr kritisch-regulatorisch gebraucht, sondern zum normativen Leitbild ‚*erreichbarer*‘ und herzustellender Identität. So lässt sich für Luther Identität weder als Prozess noch als Ziel erreichen. Wie Luther zeigt, widerspiegelt der Streit um den Identitätsbegriff einen Streit in der Moderne. Dabei lassen sich drei verschiedene Argumentationsmuster und Verständnisse des Identitätsbegriffs voneinander unterscheiden:⁴⁷⁰

Die prämoderne Kritik des Identitätsgedankens

Die prämoderne Kritik fokussiert auf die Verwerfung oder Ablehnung von Identität und individueller Autonomie. Gegen einen angeblich zügellosen Subjektivismus wird der verpflichtende Charakter traditioneller Ordnungen beschworen. Die Kritik am Identitätsstreben gilt der Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung, indem diese als Ausdruck fehlgeleiteter Subjektivität gedeutet werden. In diese Kritik fließen vor allem religiöse und fundamentalistisch geprägte Motive ein.

Die neukonservative postmoderne Kritik

Die neukonservative teilt mit der prämodernen Kritik die Sorge vor einer überbordenden Subjektivität. Sie betont eine sozial berechenbare Identität, die sich den einzelnen gesellschaftlichen Subsystemen nicht entzieht. Jedoch soll Identität in den Bahnen sozialer Identifizierbarkeit gehalten werden. Der Anspruch auf Identität wird vorwiegend auf Rollenidentität begrenzt.

Andere Ansätze postmoderner Kritik am Identitätsbegriff

In entgegengesetzter Richtung argumentieren *andere Ansätze postmoderner Kritik* am Identitätsbegriff. Diese Kritik läuft auf einen prinzipiellen Abschied vom Identitätskonzept hinaus. Die Absage gilt hier besonders dem hierarchischen, subjektzentrierten und verallgemeinernden Blick des Identitätsgedankens. Gegen die auf Abgrenzungen beruhende Autonomie des Individuums wird die Entgrenzung und Auflösung des Subjekts gefeiert. Der Distanz und Unterscheidung ermöglichende Monotheismus

⁴⁶⁹ Luther, H. (1992). Umstrittene Identität. Zum Leitbild der Bildung. In: in: Luther H. (Hrsg.), Religion und Alltag. Bausteine zu einer Praktischen Theologie des Subjekts, S. 150.

⁴⁷⁰ Ebd., S. 52.

wird abgelöst durch den Relativismus des Polytheismus. Gegen den Zwang zur Einheit wird das Lob der Vielfalt gesungen.⁴⁷¹

Bedeutung der autobiographischen Selbstreflexion auf den Prozess der Identitätsbildung

Für Luther hat die autobiographische Selbstreflexion für den Prozess der Individuation und Identitätsbildung einen hohen Stellenwert. Gründe für die Vernachlässigung der Autobiographie sieht Luther im Einfluss der dialektischen Theologie, die einer religiösen Überhöhung dadurch entgegenwirken will, dass die Gottesbegegnung nicht innerhalb, sondern vielmehr jenseits der eigenen Biographie stattfinde. Luther skizziert drei Argumentationsstränge, die erläutern sollen, warum in der kirchlichen Praxis den Zusammenhängen zwischen Biographie und Religion besondere Aufmerksamkeit zu schenken sei.⁴⁷² Grundvoraussetzung der ersten religions- und kirchensoziologischen Argumentationslinie ist die Tatsache, dass sich das Leben der Menschen individualisiert hat. Diese Individualisierung betrifft auch die Ausdrucksgestaltung der persönlichen Religion. Der Glaube von Menschen ist nicht länger traditionell bestimmt und abgesichert, sondern unterliegt zunehmend der subjektiven Entscheidung. Mit der Individualisierung der Lebensführung und der religiösen Einstellungen vervielfältigen sich die möglichen Ausdrucksformen von Leben und Glauben. So wird der Lebenslauf des einzelnen Menschen nicht mehr durch die kirchliche Lebensordnung bestimmt und ausgelegt, sondern obliegt dessen Erarbeitung und Gestaltung. Diese Prozesse lassen sich daran erkennen, dass Kirche und Lebenswelt immer stärker auseinandertreten. Daraus folgt, dass die Kirche nicht länger die bestimmende Mitte einer einheitlichen Lebenswelt ist. Vielmehr ergeben sich aus einer Vervielfältigung verschiedener Lebenswelten und Lebensgeschichten verschiedene Zugänge zu Religion und Glauben.⁴⁷³

Die Subjektfrage in der Seelsorge

Konkret stellt sich nun für die Praxis die Frage, wie in den seelsorglichen Konzeptionen mit den Begrifflichkeiten von Subjektivität, Individualität sowie dem Anderen und Fremden umgegangen wird. Die Auseinandersetzung mit der Seelsorgeliteratur macht deutlich, dass Seelsorgekonzeptionen meist in einseitiger Weise auf das Gegenüber eines Andersn gerichtet sind, ohne dabei das Subjekt in seiner Individualität zu berücksichtigen oder ein Beziehungsgeschehen zwischen einem Subjekt und seinem Gegenüber zu beschreiben. So hält der niederländische Pfarrer und Theologe Hans van der Geest 1981 in seinem Seelsorgeverständnis fest:

⁴⁷¹ Ebd., S. 153. An dieser Stelle verweist H. Luther auf Manfred Frank: Zwei Jahrhunderte Rationalitätskritik und ihre ‚postmoderne‘ Überbietung.

⁴⁷² Luther, H. (1992), Theologie und Biographie, in: Luther H. (Hrsg.), Religion und Alltag. Bausteine zu einer Praktischen Theologie des Subjekts, S. 38.

⁴⁷³ Ebd., S. 40.

*„Mit Seelsorge ist dann alles Zuhören, Mitfühlen, Verstehen, Bestärken und Trösten gemeint, das der eine Mensch einem anderen Menschen gewährt. In diesem Sinn hat Seelsorge eine so weite Bedeutung, dass sie fast mit Begriffen wie Menschlichkeit und Herzlichkeit synonym wird. Seelsorge in diesem umfassenden Sinn ist nicht ein Beruf oder an einen bestimmten Beruf gebunden. Sie ist eine Haltung, die jeden Menschen qualifiziert, wenn er mit Mitmenschen in irgendwelcher Not zusammentrifft. Das Verlangen nach dieser Art der Seelsorge wird laut in der Anklage an eine technisierte, unpersönliche und leistungsbezogene Welt. Von Krankenschwestern und ÄrztInnen, von Betriebsleitern und Lehrern, von allen, die Macht haben und Verantwortung tragen, wird eine aufmerksame Haltung erhofft, die sich in der Bereitschaft zum persönlichen Gespräch und im Interesse für die Probleme der Anderen zeigt. Der Mensch in Not fühlt sich zuinnerst verstanden, beachtet und in diesem Sinne geliebt, wenn ihm jemand seelsorglich entgegenkommt“.*⁴⁷⁴

In van der Geests Darstellung wird das seelsorgliche Handeln als normatives Ideal einer christlichen Tugend der Nächstenliebe entfaltet. Analog zum neuzeitlichen Subjektverständnis wird die Person des Seelsorgers nicht als Individuum beschrieben, welches in einer individuellen Sprache in ein Beziehungsgeschehen zu einem Gegenüber eintritt, das von beiden Beziehungspartnern mit einer persönlichen Bedeutung versehen wird. Im Zitat fällt auf, dass sowohl dem emotionalen Erleben des Seelsorgers als auch der kognitiven Bewertung seiner Emotionen keine Bedeutung zugemessen wird. Diese Universalisierung verhindert, dass SeelsorgerIn und SeelsorgeempfängerIn zu Individuen werden, die sich in ihrer unauswechselbaren Identität im Beziehungsgeschehen begegnen. So sind gerade eine emotionale Verbundenheit und kognitive Bewertungsprozesse wichtige Faktoren, wenn es darum geht, gegen äussere Widerstände von ökonomisierten Kliniken für die Rechte des Leidenden einzutreten.

Anhand von der Geests' Seelsorgekonzept wird deutlich, dass es einen engen Zusammenhang gibt zwischen dem Seelsorgeverständnis und der zugrundeliegenden Anthropologie. So stellt sich in allen Epochen immer wieder die Frage, in welchem Verhältnis der Mensch zum Göttlichen steht. Sowohl in der biblischen Tradition als auch in der kirchlichen Lehre, lässt sich ein gespanntes Verhältnis zu einem mit Individualität verbundenen Subjektbegriff erschliessen, der in der religiösen Praxis häufig als Egozentrik interpretiert wird.

In Bezug auf die Gründe gibt es verschiedene Hypothesen. Eine Erklärungsmöglichkeit könnte in der ontologischen abendländischen Tradition liegen, die auf Aristoteles zurückgeht und die Theologie massgeblich geprägt hat. So interessiert im ontologischen Denken nicht das einzelne Sein, sondern das in ihm aufleuchtende allgemeine Sein. Dabei stehen sich zwei Grundordnungen gegenüber: eine reale, sinnlich wahrnehmbare, aber vergängliche Welt als Heimat aller einzelnen Seienden – und eine geistige

⁴⁷⁴ van der Geest, H. (1981): Unter vier Augen. Beispiele gelungener Seelsorge, S. 223.

Wirklichkeit der Ideen als übergeordnete Ordnung für alles sinnlich Seiende. Die Theologie hat sich über viele Jahrhunderte mit der Frage beschäftigt, wie der Mensch in der Welt in Beziehung zu dieser übergeordneten Welt treten kann. Diese Frage wurde wesentlich mit einem allgemeinen Standpunkt des menschlichen Seins, nicht jedoch mit der Individualität des einzelnen Seins des Menschen begründet. In diesem Sinne ist das Seiende letztlich rückführbar auf denselben Ursprung und denselben Ausgangspunkt. Eine weitere mögliche Erklärung für die in der Seelsorge häufig beobachtete Marginalisierung des Individuums könnte als Reaktion auf den Idealismus verstanden werden, der das Subjekt als das Absolute postuliert.⁴⁷⁵ Dass Verbundenheit nicht ontologisch von jedem Ich zu jedem Du gedacht werden kann, lässt die Schlussfolgerung zu, dass Verbundenheit in einer engen Wechselwirkung zur Individualität eines bestimmten Ich und eines bestimmten Du steht. So macht der Mensch im Alltag immer wieder die Erfahrung, dass Verbundenheit nicht mit jedem Du entsteht. Vielmehr weist der Aspekt der Wahl darauf hin, dass es der einzelne Mensch ist, der wählt, mit wem er sich verbunden fühlt.

7.3.3 Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Wie die verschiedenen Diskussionen verdeutlichen, erweist sich in der Theologie das Verhältnis zu den Begriffen Empathie und Identität als spannungsreich. Dabei lassen sich in den verschiedenen konkurrierenden theologischen Zugängen immer wieder Ansätze eines Leib-Geist Dualismus erkennen. Dieser kommt dadurch zum Ausdruck, dass das Christentum Mitleid konsequent von seiner Gefühlsverankerung gelöst und in der Haltung der Nächsten- und Feindesliebe zu einer Lebenshaltung geformt hat. In seinem Universalisierungsversuch erhebt das Christentum den Anspruch, dass christlich verstandene Nächstenliebe nicht an die Reichweite empathischen oder sympathischen Mitgefühls gebunden sein soll, sondern als Einstellung allen Menschen gegenüber zu gelten habe. Im Gegenzug gehen anthropologische Theorien davon aus, dass Emotionen durch die Kultur geformt sind und individuelle Ausprägungen haben.

Da sich Spiritual Care als gemeinsame Sorge verschiedener Fachpersonen um den kranken Menschen versteht, erscheint die Integration von kognitiven und affektiven Prozessen in die Konzeption von Compassionate Care bedeutsam zu sein. Das Gesundheitswesen ist durch die Technisierung und Ökonomisierung sehr kurzlebig, vergänglich und leistungsorientiert geworden. Deshalb fordern die Beschäftigung des modernen Menschen mit seinem Selbst, seine Sehnsucht nach Selbstentfaltung und -verwirklichung die Spiritual Care dazu auf, sich mit den verschiedenen individuellen und postmodernen Bedürfnissen auseinanderzusetzen. Die Singularität des Individuums sowie die Bedeutung des Lebens als Beziehung sind Themen, die Martin Buber beschäftigen. Dabei wird in Bubers Philosophie das Sein

⁴⁷⁵ Casper, B. (1984): Denken im Angesicht des Anderen. Zur Einführung in das Denken von Emmanuel Lévinas, S.9ff.

nicht mehr nur ontologisch verstanden als das allgemeine Sein. Indem Buber die personale Beziehung von der Intentionalität des Bewusstseins trennt, zeigt er, dass es unmöglich ist, die Begegnung mit dem Andersn ins reflektierende Denken einzuholen.

7.4 Die Ich-Du Beziehung im dialogischen Prinzip Martin Bubers

Obwohl es sich beim dialogischen Prinzip Martin Bubers nicht um eine theologische Anthropologie handelt, betrachtet Buber den Menschen als ein Gott gegenüber lebendes Wesen. So will Buber vor allem deshalb nicht von Gott lehren, weil sich *„unter Theologie doch wohl nur eine Lehre von Gott verstehen lässt, (...) die statt als Lehre vom Wesen Gottes als Lehre vom Wort Gottes, dem Logos, auftritt“*.⁴⁷⁶ Da Buber das Wirken Gottes in der Geschichte nicht aus ihr herauslösen und zum Betrachtungsgegenstand machen kann, kennt er auch keine theologische Weltgeschichte.⁴⁷⁷ Buber schreibt: *„Das theologische Element, das ja einen grossen Teil meines Forschens und Berichtens bestimmt hat, ist in meinem Denken das Fundament, aber nicht das Derivat eines Überkommenen, wie grundwichtig mir dieses auch ist, und somit nicht als ‚Theologie‘, sondern eben als die Glaubenserfahrung, der ich die Selbständigkeit meines Denkens verdanke“*.⁴⁷⁸ Buber begründet seine These damit, dass er keine Lehre vom Urgrund zu bieten habe, jedoch für jene Begegnungen zu zeugen habe, in der alle Begegnungen mit anderen gründen. Da Buber dem „Absoluten“, nicht begegnen kann, will er den Namen Gottes nicht durch einen Begriff ersetzen. Dennoch hat ihn die Frage nach der Möglichkeit und Wirklichkeit eines dialogischen Verhältnisses zwischen Mensch und Gott schon in seiner Jugend beschäftigt. Entsprechend seiner jüdischen Herkunft waren Bubers Schriften und sein Denken durch die chassidischen Überlieferungen geprägt. In Bubers Nähe zum Existentialismus lässt sich in seiner Philosophie eine Ablehnung gegen Systematisierung, Begriffe und Abstraktionen sowie der Versuch finden, eine Ontologie zu konstituieren. Jedoch geht für ihn das Dasein ontisch über das Selbstsein hinaus, da er das Sein von der Ewigkeit her versteht. Buber spricht daher von der Ontologie „des Zwischenmenschlichen“. Nach Buber gelangt der Mensch nur durch das Du-Sagen zu einer „ihm vorbehaltenen, göltigen Teilnahme am Sein“⁴⁷⁹.

Bubers Anthropologie versteht den Menschen als „Ganzheit seiner Wesensbeziehungen zum Seienden“. Bubers Philosophie beschreibt zwei Geistesbewegungen, welche das Prinzip des Menschseins konstituieren. Der Mensch kann das Seiende in seiner Art und seinem Wesen nur durch den Prozess der Distanzierung erkennen. Dieser Distanzierungsvorgang ist primär und unbewusst, wobei die Andersheit, gemäss der These Kants, nicht empirisch, sondern transzendental wahrgenommen werden

⁴⁷⁶ Glatzer, N. N. (1963): Buber als Interpret der Bibel. In: Schilpp, P.A. & Friedman, M. (Hrsg.) Philosophen des 20. Jahrhunderts. Stuttgart: Kohlhammer, S. 346.

⁴⁷⁷ Dilger, I. (1983): Das Dialogische Prinzip bei Martin Buber, S. 8.

⁴⁷⁸ Kaufmann, W. (1964): „Bubers religiöse Bedeutung“. In: Schenk, G. (Hrsg.) Philosophen des 20. Jahrhunderts, S. 588.

⁴⁷⁹ Buber, M. (1973): Das dialogische Prinzip, S. 301.

kann.⁴⁸⁰ Dieses Distanzieren bietet dem Menschen die Möglichkeit, sich eine unabhängige Welt und sein eigenes Ich vorzustellen. Zugleich ist nach Buber streng daran festzuhalten, dass die Urdistanz als logische Voraussetzung für die Beziehungsbewegung des In-Beziehung-Tretens gilt. Nach Bubers Philosophie ist daher die Distanzierung im Sinne eines Abrückens vom eigenen Selbst eine wichtige Voraussetzung, um in Beziehung zum Gegenüber zu treten. Buber charakterisiert die beiden Geistesbewegungen anhand von zwei Wortpaaren.

Die analytische Ich-Es Bewegung als Distanzierungsvorgang

Distanzierungsvorgang wird als Grundwort Ich-Es beschrieben. Diese Bewegung ist durch die persönliche Erfahrung geprägt. „Die Eswelt hat Zusammenhang in Raum und Zeit“, in welcher das Prinzip der Ursächlichkeit waltet.⁴⁸¹ Die Eswelt ist geordnet, zuverlässig und von Dauer. Sie besteht aus Vorgängen und Wesen, die als Dinge gesehen werden. Es ist eine Welt des Wissens und der Empirie, ohne die der Mensch nicht leben kann. Ein Mensch, welcher zu seinen Mitmenschen mit dem Ich des Grundworts Ich-Es spricht, scheidet sein Leben in Einrichtungen und Gefühle, d.h. in einen Es- und in einen Ich-Bereich. In diesem Bereich wird „verhandelt, beeinflusst, unternommen, konkurriert, organisiert, gewirtschaftet, geatmet und gepredigt“.⁴⁸²

Die Ich-Du Bewegung als wechselseitiges Beziehungsgeschehen

Der Gefahr, die Welt völlig zu objektivieren, entgeht der Mensch dadurch, dass er das Grundwort der Beziehungsbewegung Ich-Du ausspricht. Im Gegensatz zur wissenschaftlichen, analytischen Untersuchung in der Ich-Es Bewegung, ist die aktuelle Begegnung nicht vorhersehbar. Buber spricht von der Gnade der Du-Begegnung als wechselseitiges Geschehen, in welchem die eine Person auf den Anruf der anderen antwortet. Diesen Anruf oder das Sprechen des Grundworts Ich-Du nennt Buber Lebensakt oder Wesenstat, die im Geist geschieht. Buber versteht sie als Grundbewegung, die beim Verwirklichen des Grundworts Ich-Du zur Hinwendung wird. Dabei kann das Ich nur mit dem ganzen Wesen in die Unmittelbarkeit der Begegnung eintreten.⁴⁸³

Am Du wird der Mensch zum Ich

Das Verhältnis zwischen Ich und Du besteht darin, dass das Ich sich einem radikal anderen Wesen gegenübergestellt weiss, es als solches anerkennt und dadurch bestätigt. Dabei versteht Buber die Begegnung des Du nicht als eine vom Ich unabhängige Bewegung, indem er festhält: „*Der Mensch wird*

⁴⁸⁰ Dilger, I. (1983): Das Dialogische Prinzip bei Martin Buber, S. 24. mit Anlehnung an Wheelwright, P.: „Bubers philosophische Anthropologie“, S. 74.

⁴⁸¹ Buber, M. (1983): „Ich und Du“, S. 12.

⁴⁸² Buber, M. (1987): „Urdistanz und Beziehung“, S. 31.

⁴⁸³ Dilger, I. (1983): Das Dialogische Prinzip bei Martin Buber, S. 24.

am Du zum Ich“.⁴⁸⁴ Im Beziehungsverhältnis wird sich das Ich seiner Subjektivität bewusst, wodurch „die geistige Substanz der Person reift“.⁴⁸⁵ Eine Person tritt zu einer anderen Person nicht durch Zweck in Beziehung, sondern in der Berührung des Du, wobei beide Beziehungspartner Erfüllung in ihrem eigenen Wesen finden.⁴⁸⁶ Dieses Beziehungsverständnis Bubers unterscheidet sich deutlich von einem Seelsorgeverständnis, welches Beziehung auf Handeln reduziert. Buber sieht die Qualität des von einem Mitmenschen zum Ausdruck gebrachten Mitgefühls in der ontologischen Bedeutung der Vergegenwärtigung. Mitgefühl bezeichnet für ihn *„einen Vorgang, in dem ich etwa den spezifischen Schmerz eines andern so erfahre, dass mir das Spezifische an ihm... als der des anderen fühlbar wird“*.⁴⁸⁷ In diesem Sinne entsteht Mitgefühl mit dem Schmerz des Andern nicht aus der Vorstellungswelt der eigenen Erfahrung, sondern dadurch, dass die individuelle Erfahrung des Gegenübers als die ihm zugehörige erfahren wird. Diese Vergegenwärtigung in der Ich-Du-Beziehung kann nur durch die Urdistanz erfolgen. Erst die Distanzierung macht den Menschen dazu fähig, sich neben dem eigenen Ich die unabhängige Welt des Du überhaupt vorzustellen zu können. So ist das Ich in der Ich-Du-Beziehung kein empfindendes Subjekt mehr, sondern eine Person. Das Ich als Person steht in Verbindung mit dem ganzen Sein des Du.

Inneres Wachstum als Vergegenwärtigung des eigenen Selbst durch das Gegenüber

In Bubers Philosophie sind die Welt des Es und Du keine abgegrenzten, sondern durchlässige Systeme. So muss jedes Du zum Es eines Sie oder Er werden, und das einzelne Es kann durch Eintritt in den Beziehungsvorgang zu einem Du werden. Buber nennt die unmittelbare Beziehung auch Erwähltwerden und Erwählen in der Wechselbeziehung von Passion und Aktion.⁴⁸⁸ Die Beziehung ist insofern reziprok, als dass beide Beziehungspartner füreinander zum Selbst werden. Dabei vollzieht sich inneres Wachstum nicht, wie in unserer Gesellschaft häufig angenommen, alleine durch die Verwirklichung dieses Selbst. Auch erfolgt inneres Wachstum nicht durch seelsorgliche Marginalisierung oder gar Verleugnung des eigenen Selbst. Vielmehr bedarf der Mensch für sein inneres Wachstum sowohl der Vergegenwärtigung des anderen Selbst, als auch der Vergegenwärtigung des eigenen Selbst durch das Gegenüber.⁴⁸⁹ In diesem Sinne handelt es sich um ein reziprokes Beziehungsgeschehen gegenseitiger Akzeptanz, Bejahung und Bestätigung. Analog zur Psychologie geht auch Buber in seiner philosophischen Anthropologie davon aus, dass jeder Mensch in seinem Sein bestätigt werden will und der Gegenwart im Sein des Andern bedarf.

⁴⁸⁴ Buber M. (1983): „Ich und Du“, S. 78.

⁴⁸⁵ Ebd., S. 37.

⁴⁸⁶ Dilger, I. (1983): Das Dialogische Prinzip bei Martin Buber, S. 24.

⁴⁸⁷ Buber, M. (1978): „Urdistanz und Beziehung“, S. 34.

⁴⁸⁸ Dilger, I. (1983): Das Dialogische Prinzip bei Martin Buber, S. 24. mit Anlehnung an Wheelwright, P. : „Bubers philosophische Anthropologie“, S. 44.

⁴⁸⁹ Buber, M. (1978): „Urdistanz und Beziehung“, S. 36.

Verbannung des Göttlichen in die Ich-Es Welt statt Formung in der Ich-Du Interaktion

Interessant ist, dass Buber das anthropologische Problem nicht theologisch durch den Sündenfall begründet, sondern in Zusammenhang mit den soziokulturellen Rahmenbedingungen bringt. Nach Bubers Verständnis definiert sich die theologische Anthropologie über die Ich-Es-, nicht aber über die Ich-Du Begegnung. Durch systematisch-theologische Ansätze werde das Göttliche in die Es-Welt verbannt, statt in der Ich-Du Interaktion geformt zu werden. Zur Illustration verwendet Buber das Bild der Kunst. Diese entsteht dadurch, dass der Künstler das als geistige Wesenheit Geschaute zu Gestalt formt und sie dadurch in die Es-Welt bannt. Diese Verbindung soll jedoch durch den Betrachter wieder gelöst werden, was Buber in der Ich-Du-Begegnung als „Geist der Kunst“ versteht. Analog dazu zeigt sich Gott für den Juden Buber in den Ereignissen der Geschichte. Auf diese Kundgebungen Gottes kann der Mensch nur mit seinem ganzen Leben, mit Taten antworten. Dadurch wird das Wort für die Nachkommen zur Lehre, wie im Geist, d.h. im Angesicht des Du, gelebt werden soll. Bereits in der Antike werden die Bemühungen der Philosophie deutlich, herauszufinden, wie sich das absolute Sein in der Wahrheit äussert und wie eine menschliche Existenz, die wohl immer dem Irrtum unterworfen bleiben muss, an das Sein rühren kann, ohne es durch interpretierende Entstellung zu entwürdigen.⁴⁹⁰ So hat die Philosophie der Antike wohl den Abgrund erkannt, der das Reich der Phänomene von dem Seinsgrund trennt. Dennoch glaubt sie, dass es eine Brücke zwischen diesen beiden Bereichen gibt. Diese Frage der Antike wurde von der Erkenntnistheorie weitergeführt, die jedoch davon ausgeht, dass der wahrheitssuchende Mensch radikal vom Sein getrennt ist. Dieser Gedanke brachte die Philosophen schliesslich dazu, im vom Ursprung getrennten Wesen selbst den Ursprung zu suchen. Dabei wird „die getrennte Existenz zum Subjekt der Erkenntnis oder zum Bewusstsein“.⁴⁹¹

Der Mensch im Zentrum des Seins zwischen Urdistanz und Beziehung

Gegen diese Position setzt sich Buber ab. Er lehnt sowohl das in sich verschlossene Subjekt als auch die Intentionalität der Beziehung ab. Für Buber ist das Verhältnis zum Objekt nicht zwangsläufig mit dem Verhältnis zum Sein verbunden, das dem Menschen die objektive Erkenntnis ermöglicht. Für Buber erfolgt eine Kommunikation mit dem Sein erst dadurch, dass die beiden Beziehungspartner nicht nur theoretisch über das Sein sprechen und es thematisieren. Vielmehr will Bubers Philosophie die Frage beantworten, wie die Bewegung der Erkenntnis auf das Sein zu, die nicht gleichzusetzen ist mit der Bewegung auf das Objekt zu, zu erfolgen hat.⁴⁹² Diese Ich-Du Begegnung findet nicht im Subjekt, sondern im Sein selbst statt. Dabei ist das Sein nicht als eine Sphäre zu fassen, die schon vorhanden ist, wenn die beiden sich Begegnenden in sie eintauchen. Buber fasst diesen ontologischen Bereich als

⁴⁹⁰ Dilger, I. (1983): Das Dialogische Prinzip bei Martin Buber, S. 24. mit Anlehnung an P. Wheelwright: „Bubers philosophische Anthropologie“, S. 47-49.

⁴⁹¹ Schenk, G. (2001): Philosophen des 20. Jahrhunderts, darin: „Martin Buber und die Erkenntnistheorie“, S. 119.

⁴⁹² Dilger, I. (1983): Das Dialogische Prinzip bei Martin Buber, S. 51.

Ereignis auf. „Die Dimension des Zwischen ist ausschliesslich dem Ich und dem Du jeder besonderen Begegnung zugänglich“. ⁴⁹³ Daher lässt sich dieses Sein in Bubers Philosophie weder systematisch erfassen noch systematisch begründen. Stattdessen entsteht in jeder Begegnung ein neues „Werk des Seins“, da das „Zwischeneinander“ der Ort ist, an dem sich das Sein ereignet. In Bubers Anthropologie steht der Mensch deshalb im Zentrum des Seins, da er die beiden Bewegungen der Urdistanz und Beziehung vollbringen kann. Dadurch sind Sein und Wahrheit weder statisch noch systematisch zu erfassen. Bubers Unterscheidung liegt zwischen einer Erkenntniswahrheit als einem unpersönlichen Ergebnis und der Seinswahrheit als Verhältnis zum Seienden: *„Erkennen heisst für uns Kreaturen, unsere, jeder die seine, Relation zum Seienden wahrhaft und verantwortlich zu erfüllen, indem wir all seine Erscheinung getreulich, weltoffen, geistoffen mit unseren Kräften empfangen und unserem Sosein einverleiben; so entsteht und besteht lebendige Wahrheit“*. ⁴⁹⁴

Das Dialogische Verhältnis zwischen Mensch und Gott

Das dialogische Verhältnis zwischen Mensch und Gott kann in drei Sphären der Welt transparent werden: In der Beziehung des Menschen zur Natur, zu seinem Mitmenschen und mit den geistigen Wesenheiten. ⁴⁹⁵ Aus dem Leben mit der Natur wird die physische, aus dem mit dem Menschen die psychische, und aus dem mit den geistigen Wesenheiten die noetische Welt. Diese drei Sphären der Beziehung sind für Buber Pforten, die zur unmittelbaren Beziehung zwischen Mensch und Gott führen, wobei die „zwischenmenschliche Sphäre“ die Hauptpforte ist. In diesem Zusammenhang kritisiert Buber die von Sören Kierkegaard vertretene These, dass nur derjenige, der sich von jeder weltlichen Beziehung losgesagt hat, mit Gott in eine Ich-Du-Beziehung treten kann. ⁴⁹⁶ Da Gott für Buber kein „Gegenstand unter Gegenständen“ ist, kann er auch nicht durch Verzicht auf Gegenstände erreicht werden. Im Unterschied zu Friedrich Schleiermacher ist für Buber das wesentliche Element in der Beziehung zu Gott auch nicht das Gefühl, da dieser Begriff im Laufe der Zeit zum Verhängnis geworden sei, die Beziehung zu Gott nur als subjektive Gemütsbewegung des Menschen zu verstehen. Dabei habe das Ich keine Möglichkeit, auf sein Du zu wirken und zu ihm in einen Dialog zu treten. Buber distanziert sich ebenfalls von den „Versenkungslehren“ der mittelalterlichen Mystik oder der altindischen Tradition, in welcher das Ich in einem Du aufgeht oder die menschliche Identität mit dem Göttlichen verschmilzt. Buber kritisiert an dieser Lehre, dass die Anleitung zur Versenkung nicht in die gelebte Wirklichkeit führt, sondern zu einer Scheinwelt erniedrigt. Stattdessen werden bei Buber sowohl das Triebhafte des Ich als auch das Sinnliche und Gefühlvolle in diesen Beziehungsprozess zwischen Mensch und Gott eingeschlossen, der inmitten des Alltagslebens stattfindet.

⁴⁹³ Schenk, G. (2001): Philosophen des 20. Jahrhunderts, darin : „Martin Buber und die Erkenntnistheorie“, S. 121.

⁴⁹⁴ Buber, M. (1986): „Reden über Erziehung“: über das Erzieherische, S. 34.

⁴⁹⁵ Buber, M. (1983): „Ich und Du“, S. 121.

⁴⁹⁶ Buber, M. (1973): Das dialogische Prinzip, darin „Die Frage an den Einzelnen“, S. 225.

Die Ich-Du Beziehung als Freiheit und gegenseitige Verantwortung

In diesem Gottesverständnis benennt sich Gott nicht selbst vor den Menschen, sondern schliesst sich an die Überlieferung von Exodus 3, 14-15 an: „*Ich werde sein der ich sein werde*“. Deshalb erfolgt bei Buber der Schöpfungsprozess nicht top down von oben herab, sondern durch die menschliche Aktivität in der Mensch-Gott-Begegnung. So wird dem Menschen von Buber die Kompetenz zugeschrieben, auf Gott einzuwirken. Dies geschieht jedoch nicht durch das Erwirken eines göttlichen Eingreifens im eigenen Interesse oder im Sinne eines Kollektivs, sondern in einer rückhaltlosen Abhängigkeitshaltung vor Gott. Glaube ist nach Buber die „*Hingabe, die den Einsatz verlangt und die Hinnahme erlaubt*“.⁴⁹⁷ Daraus lässt sich wiederum die Schlussfolgerung ableiten, dass die „Wahrheit“ nur dynamisch als Haltung zu erfassen ist. Damit eine solch lebendige Wahrheit in der Ich-Du Beziehung wachsen kann, bedarf es nach Buber zweier Voraussetzungen: der Freiheit und der gegenseitigen Verantwortung. Die Freiheit besteht für Buber in der Möglichkeit, eine Wesensbeziehung einzugehen. Für Buber bietet die Freiheit der Entfaltung eine wichtige Voraussetzung für das Werden und eine zentrale Bedingung für die zwischenmenschliche Verbundenheit. Freiheit bedeutet, dass die Wesensbeziehung weder von aussen „verursacht“ ist noch einen Zweck verfolgt.

Überträgt man Bubers Freiheitsbegriff auf die Seelsorgekonzeptionen, so stellt man fest, dass die Seelsorge zwar als sogenannt „absichtslose“ Präsenz keinen Zweck verfolgt, der Besuch des Seelsorgers jedoch von aussen „bestimmt“ ist. So haben die reformatorischen Seelsorgekonzepte wenig mit dem Begriff von Freiheit zu tun, wie Buber ihn versteht. Nach Buber kann der Mensch erst dann frei werden, wenn er sich für ein Du entscheidet, da diese Entscheidung mit Auswahlmöglichkeiten verbunden ist. Der Mensch kann sich sowohl für eine bestimmte Person als auch für ein bestimmtes Ereignis oder eine Tat entscheiden, die ihn anspricht, ergreift, und Antwort fordert.⁴⁹⁸ Eine solche Freiheit gilt es zu erkämpfen, da sie wie „*ein Blitz in der Alldeutigkeit und Allmächtigkeit erscheint*“.⁴⁹⁹ Für Buber gestaltet sich Erziehung nach dem „Ebenbild Gottes“ nicht nach festen Normen, Entscheidungen und Maximen, sondern als ein „undefinierbares Wohin“, welches dem Zögling seine Verantwortung vor Augen führt. Buber versteht die Ausbildung eines Charakters als wesentliches Ziel in der Erziehung. Dieser definiert sich jedoch nicht durch die Übernahme bestimmte Wertesysteme, Normen und Haltungen, sondern als „*Zusammenhang zwischen der Wesenseinheit des Einzelnen und der Folge seiner Handlungen und Haltungen*“.⁵⁰⁰ Diese Auseinandersetzungen machen deutlich, dass in Spiritual Care Weiterbildungsprogrammen der Sensibilisierung für die eigene Verantwortung gegenüber kranken und sozial schwächeren Menschen eine hohe Bedeutung beizumessen ist. Eine solche Sensibilisierung umfasst

⁴⁹⁷ Kaufmann, W. (1963): Bubers religiöse Bedeutung. In: Schilpp, P.A. (Hrsg.) Philosophen des 20. Jahrhunderts, S. 590.

⁴⁹⁸ Dilger, I. (1983): Das Dialogische Prinzip bei Martin Buber, S. 53.

⁴⁹⁹ Buber, M. (1986): „Reden über Erziehung“, S. 23.

⁵⁰⁰ Ebd., S. 28.

sowohl Auseinandersetzungen mit Persönlichkeit und Bedürfnissen als auch die Beziehungsfähigkeit zu einem Du, welches durch ein anderes Weltbild und einen anderen soziokulturellen Hintergrund geprägt ist. So gehört die Fähigkeit, mit den eigenen Augen die Welt des Du zu entdecken und zu verstehen, zu den Grundvoraussetzung von Empathie.

Ursprung von Religion nicht im Kult, sondern im DUSAGEN des Menschen zu Gott

Eine besondere Herausforderung sieht Buber in sozialen Phänomenen, wo Menschen in Verbundenheit gemeinsame Erfahrungen machen, eine gemeinsame Aufgabe erfüllen, Wertesysteme oder Weltbilder teilen. Da ein Bund nur dann sinnvoll ist, wenn seine „Stosskraft“ verstärkt wird, *„gründet sich die Kollektivität auf einem organisierten Schwund der Personhaftigkeit“*.⁵⁰¹ Ein weiteres soziales Phänomen sieht Buber in der Fürsorge. Nach seinem Verständnis ist Fürsorge dann ein personhaftes Geschehen, wenn sie im Andern nicht nur einen Gegenstand des Versorgens sieht. Im Gegensatz zu Heidegger, der im Miteinandersein der Menschen schon ein Phänomen der gegenseitigen Fürsorge sieht, erfüllt sich Fürsorge bei Buber erst in einer echten Wesensbeziehung. Überzeugend an Bubers Konzeption ist die Beobachtung, dass er seinen Fokus nicht nur auf den Gegenstand eines Glaubensinhalts, sondern auch auf die Beziehung des Menschen zu diesem Gegenstand richtet. Dabei geht es Buber nicht darum, durch Riten oder Vorschriften einer Glaubensgemeinschaft eine Gottesbegegnung von aussen herbeizuführen. Vielmehr versteht er die Mensch-Gott-Beziehung als Gnade, welche den Menschen unverhofft trifft. Buber kritisiert, dass das religiöse Leben im Lauf der Zeit immer mehr durch den Kult ersetzt und mit dem „Leben der Sinne“ verknüpft worden sei. Dies führt nach seinem Verständnis zu einer Degradierung Gottes zu einem Glaubensobjekt des Es, weil *„ihn der Mensch für alle Zeiten besitzen will“*. Weiter schreibt Buber: *„Der Mensch will sich mit der unaussprechlichen Bestätigung des Sinns nicht begnügen, er will sie ausgebreitet sehen als etwas, was man immer wieder vornehmen und handhaben kann, ein zeitlich und räumlich lückenloses Kontinuum, das ihm das Leben an jedem Punkt und in jedem Moment versichert“*.⁵⁰² Daher liegt für Buber der Ursprung einer jeden Religion im DUSAGEN des Menschen zu Gott. Aus seiner Perspektive kann eine „echte Religion“ nur in der dialogischen Begegnung des menschlichen Ich mit dem göttlichen Du bestehen, um nicht durch „Gottesbilder beherrscht zu werden“. So ist Gott für Buber kein statisches Sein, welches sich an religiösen Symbolen eines Glaubensinhalts ausdrückt. Obwohl Buber auf das theologische Begriffsdenken nicht verzichten kann, lehnt er einen systematischen Zugang zur Theologie ab, weil Gott auf die Kategorien menschlichen Begriffsdenkens reduziert wird.⁵⁰³ Dagegen ist seine Systematik auf der Methode der

⁵⁰¹ Buber, M. (1973): „Das Dialogische Prinzip“, darin „Zwiesprache“, S. 185.

⁵⁰² Ebd.

⁵⁰³ Dilger, I. (1986). Das Dialogische Prinzip bei Martin Buber, S. 112.

Korrelation aufgebaut, welche Inhalte des christlichen Glaubens durch existentielles Fragen und theologisches Antworten in wechselseitiger Abhängigkeit versteht.

Verwirklichung von Freiheit des Menschen in Verantwortung und Zuführung zu seiner Bestimmung

Wie in der aktuellen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskussion deutlich wird, zeigen sich grosse Konflikte und Spannungen in der Bestrebung, das Menschenrecht der Freiheit für alle Menschen, unabhängig ihrer sozialen und kulturellen Herkunft, umzusetzen. Stattdessen wird „Freiheit“ immer mehr zum Konsumgut, das sich in einer Zweiklassengesellschaft nicht mehr alle Menschen leisten können. Die Folge ist, dass der Mensch immer mehr zum Sklaven einer stetig wachsenden Wirtschaft und technischen Entwicklung wird. Diese Entwicklung macht darauf aufmerksam, dass in unserer modernen Gesellschaft das Thema Freiheit nicht isoliert von den Themen Gerechtigkeit und Verantwortung betrachtet werden kann. Auch hier lassen sich bei Buber interessante Ansätze finden. So stellt Buber das freie Ich weder in die soziale Isolation noch in die Abhängigkeit eines Gottes, sondern in die Beziehung zum Weltgeschehen. Buber verwendet dazu den Begriff des Schicksals, wobei er dieses nicht als „Glocke“ versteht, „die über die Menschheit gestülpt ist“.⁵⁰⁴ Stattdessen begegnet dem Menschen das Schicksal dadurch, dass er seine eigene Freiheit verwirklicht. Diese Verwirklichung von Freiheit geschieht nach Buber nicht in einem „Egotrip“, sondern nach seiner Bestimmung. *„Der freie Mensch muss seinen kleinen, d.h. unfreien und von Dingen und Trieben bestimmten Willen seinem grossen opfern, der ihn vom Bestimmtsein weg auf seine Bestimmung zuführt. Das Schicksal zeichnet sich für den freien Menschen nicht als seine Grenze am Horizont ab, sondern es bildet seine Ergänzung, denn Freiheit und Schicksal umfassen einander im Sinn“*.⁵⁰⁵

Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Diese Thesen Bubers führen mich zu folgenden weiterführenden Schlussfolgerungen:

1. Buber nimmt in der philosophisch-theologischen Debatte um die menschliche Freiheit die Position ein, dass der menschliche Wille nicht frei ist. Dass die Natur des Menschen das Denken, Fühlen und Handeln prägt, beschreibt auch Paulus im Römerbrief. Während nach Paulinischem Verständnis Freiheit alleine in Christus möglich ist, geht Buber - analog zur Psychoanalyse - von der höheren Geistigkeit des Triebverzichts aus.
2. Buber versteht das Schicksal nicht als passive Vorhersehung eines göttlichen Willens, sondern als verantwortungsbewusste Suche nach der Bestimmung.

⁵⁰⁴ Buber, M. „Ich und Du“, S. 69ff.

⁵⁰⁵ Ebd., S. 65.

3. Nach Bubers These wird der Sinn des menschlichen Lebens nicht theologisch in einem Seinszustand der Geschöpflichkeit Gottes, sondern in der Verwirklichung von Freiheit in der Bewegung vom Bestimmtheitsein zur Bestimmung begründet.

Verbindung zwischen Philosophie und Anthropologie

Wie die Ausführungen verdeutlichen, zeigt sich in der Auseinandersetzung mit Bubers Schriften eine enge Verbindung zwischen Philosophie und Anthropologie. Diese Verbindung könnte auch in Bezug auf die Ausgestaltung von Spiritual Care eine wichtige Grundlage darstellen. Buber stellt das Leben aus der Freiheit in die Verantwortung des Menschen. Dadurch ist die Freiheit nicht im Glauben zu empfangen, sondern durch eigenes Handeln zu erschaffen und zu verantworten. Zugleich liegt die menschliche Verantwortung nicht nur im eigenen Handeln eines ethischen Sollens, sondern im frei gelebten Leben. Diese Verantwortung beruht auf Gegenseitigkeit der Beziehung, indem das Du das Ich aus einer Haltung des Vertrauens anspricht. *„Das echte Gespräch muss im Atemraum der grossen Treue vor sich gehen“*⁵⁰⁶, was bedeutet, dass der Dialog einen Raum eröffnet, sein Wort authentisch ins Gespräch einzubringen und seinen Geistesbeitrag ohne Verkürzung und Verschiebung preiszugeben. Wie die Verantwortung als Brennpunkt des Dialogs zu nennen ist, so ist der Dialog auch Brennpunkt des „Zwischen-Bereichs“.⁵⁰⁷ Dieser dialogische Prozess steht vor der Herausforderung, nicht zu einer „monologischen Grundbewegung“ zu werden. Eine solche zeichnet sich dadurch aus, dass im Dialog kein Beziehungsgeschehen, sondern eine Rückbindung an die eigenen Bedürfnisse stattfindet.

Dilger illustriert die monologische Grundbewegung an Bubers Schilderung einer Begebenheit, die er als Elfjähriger auf dem Gut seiner Grosseltern gemacht hat. *„Er liebte zu dieser Zeit einen Apfelschimmel, dessen Andersheit er jedesmal beim Streicheln erfuhr. Sein Verhältnis zu diesem Pferd wurde also vom Element der Umfassung bestimmt. Buber wurde vom Pferd als Wesen bestätigt, was sich darin zeigte, dass dieses ihm jedesmal, wenn er ihm sein Futter gab, den Kopf gleichsam als Signal entgegenstreckte. Eines Tages jedoch fühlte er beim Streicheln des Pferdes nur seine eigene Empfindung, den Spass am Streicheln. Am andern Tag bekam er vom Pferd keine Erwiderung, da dieses irgendwie gespürt hatte, dass Buber es zum Objekt gemacht hatte“*.⁵⁰⁸ Durch dieses Konzept der Rückbindung werden die verschiedenen Qualitäten eines Dialogs deutlich. Während ein „echter“ Dialog das Gegenüber in seinem Wesen und in seinen Bedürfnissen wahrnimmt, geschieht der Dialog bei der „Rückbindung“ vorwiegend aus der Perspektive der eigenen Interessen und Bedürfnisse. Dadurch wird das Du vom Beziehungspartner und Gegenüber zum Objekt gemacht.

⁵⁰⁶ Buber, M. (1973): Das dialogische Prinzip, darin „Elemente des Zwischenmenschlichen“, S. 294.

⁵⁰⁷ Schenk, G. (2001): „Gründe und Grenzen von Martin Bubers dialogischem Denken“. In: Philosophen des 20. Jahrhunderts, S. 89.

⁵⁰⁸ Dilger, I. (1986): das Dialogische Prinzip bei Martin Buber, S. 65.

Nach Bubers Verständnis ist das anthropologische Problem wesentlich durch den Zerfall von alten organischen Gemeinschaftsformen bedingt, in denen die Menschen in unmittelbarer Beziehung zu einander lebten. Die moderne Welt ist dadurch charakterisiert, dass sich die Materie immer mehr anmasst, das Seiende zu sein. Zwar kann man die Eswelt nicht mehr negieren, und es gibt auch kein Zurück. Jedoch geht es Buber nicht darum, theologisch nach einer göttlichen „Erlösung“ des von der Eswelt geknechteten Menschen zu suchen. Vielmehr strebt er danach, ein „Darüber-hinaus“ zu finden, welches den Menschen in die Verantwortung für seine Erlösung bringt. Daher fordert Buber in seinen Thesen dazu auf, in die Zwecksetzungen der menschlichen Ratio das Verlangen nach Gegenseitigkeit einzubeziehen. Parallel zur Ausbildung von Fähigkeiten der Ich-Es Welt, in der Dinge erforscht, erfahren und durch Analysen zu Objekten gemacht werden, wird auch die Beziehungskraft des Menschen gemindert. In diesem Sinne lässt sich die Kluft zwischen technischer und geistiger Entwicklung in der modernen Gesellschaft verstehen. Wie die Theologie, geht auch Buber von einer Erlösung des Menschen und der Welt aus. Jedoch trägt der Mensch insofern selbst zu seiner Erlösung bei, indem er das von Buber als ein dialogisches Geschehen erfasste Prinzip des Menschseins in jedem Augenblick seines Lebens zu verwirklichen bestrebt ist.

Kritik an Bubers Thesen

Buber wurde mehrfach kritisiert, ob seine paradoxalen Ausdrücke Gott tatsächlich weniger begrenzen als die ontologischen Begriffe der Systematik. Die Kritiker richten an Buber die Frage, ob die Negierung, dass sich das Göttliche im menschlichen Denken offenbart, nicht ebenfalls eine Begrenzung des Göttlichen bedeute. Anhand von Bubers Thesen zeige sich, dass das Gottesverständnis eine Verschränkung von Göttlichem und Menschlichem ist. Auch aus psychologischer Sicht lässt sich das Gottesbild nicht vom Kontext der aktuellen Lebenssituation des Menschen trennen. Vielmehr ist die Wahrnehmung des Göttlichen durch die Wahrnehmung des Menschlichen geprägt. Daher sind Gottesbilder und Spiritualitätsverständnisse immer auch von der persönlichen Lebensgeschichte her zu verstehen und zu befragen.

Konsequenzen für die Spiritual Care

Auf der Grundlage von Bubers Schriften lässt sich nicht nur eine Wechselwirkung zwischen Religion – Philosophie und Anthropologie, sondern auch der Ethik feststellen. Die Auseinandersetzung mit Buber macht weiter deutlich, dass Spiritual Care mehr ist als Zuhören, Mitfühlen, Verstehen und Trösten. Deshalb erfordert ein komplexes Gesundheitssystem neue Begleitungsmodelle, die sich mit den Herausforderungen der technologischen und gesundheitspolitischen Entwicklung auseinandersetzen. Obwohl es durch die medizinischen Fortschritte immer mehr Möglichkeiten gibt, Krankheiten zu besiegen und Leben zu verlängern, haben ÄrztInnen durch die Kostenexplosion im Gesundheitswesen gleichzeitig Untersuchungs- und Behandlungskosten einzusparen. So entsteht in einem ökonomisierten

Gesundheitssystem eine immer grössere Kluft zwischen marktwirtschaftlichen Interessen und Patientenbedürfnissen, die in Behandlungsteams viele ethische Konflikte und Fragen aufwerfen. In diesem Sinne stellt das komplexe Gesundheitssystem in einer multikulturellen Gesellschaft an die spirituelle Begleitung neue Anforderungen.

Dass die Frage des Verhältnisses zwischen Bubers religionsphilosophischer Anthropologie und der Ethik weitgehend ungeklärt bleibt, hat uns zu einer Auseinandersetzung mit dem Ethiker Emmanuel Lévinas geführt, der als einer der grössten Philosophen des 20. Jahrhunderts gilt. Aufbauend auf die dialogische Philosophie ist das Denken Lévinas konsequenter dem Anderen geschuldet, als dies bei Buber der Fall ist.

7.5 Ethik aus der Perspektive des Anders von Emmanuel Lévinas

Obwohl Buber in seiner Schrift „Rede und Erziehung“ sein dialogisches Prinzip auch auf asymmetrische Beziehungssysteme überträgt, bleibt die Frage des Verhältnisses zwischen Bubers religionsphilosophischer Anthropologie und der Ethik weitgehend ungeklärt. Deshalb erweist sich die Auseinandersetzung mit dem Ethiker Emmanuel Lévinas als weiterführend, der als einer der grössten Philosophen des 20. Jahrhunderts gilt. Als gläubiger Jude steht Lévinas in enger Verbindung mit Buber. Als Überlebender des Holocaust ist seine Philosophie aufs Engste mit der Frage verknüpft, wie die abendländische humanistische Tradition ein solches Geschehen zulassen konnte. Dazu schreibt er: *„Ich suchte keine Antwort auf Auschwitz, sondern für die, die überlebt haben“*. Die Ethik Lévinas' ist ein Denken vom Anderen her, die sich dadurch von anderen traditionellen ethischen Konzepten unterscheidet, dass sie nicht von der Identität und vom Denken des Selben ausgehen.⁵⁰⁹ Das ontologische Denken eines Strebens nach Weisheit als Selbstbesitz des bewussten Ich birgt für Lévinas die Gefahr, dass das einzelne Seiende auf das Allgemeine zurückgeführt und reduziert wird. Er kritisiert, dass die Wertschätzung von Andersheit und eine echte Transzendenz verloren gehen. Daher wendet er sich von einer Ethik ab, in der die Begegnung von Mensch zu Mensch keine Rolle spielt. Lévinas stellt ein Denken in Frage, welches alles auf denselben Ursprung und denselben Ausgangspunkt zurückführt.⁵¹⁰ Vielmehr sucht er einen Weg, welcher der Andersheit und der Mannigfaltigkeit von Einzelphänomenen gerecht wird. Es ist ein Weg, der nicht von den allgemeinen Prinzipien ausgeht, sondern von der Singularität des einzelnen Seienden, vom Reichtum der Andersheit, von echter Pluralität.⁵¹¹ Lévinas stellt die Frage, wo das einzelne Seiende in seiner Originalität bleibt und warum es nur dann Bedeutung hat, wenn es einer

⁵⁰⁹ Staudigl, B. (2009): Emmanuel Lévinas, S. 19.

⁵¹⁰ Lévinas, E. (1999): Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie. uebers., hrsg. und eingeleitet von Wolfgang Nikolaus Krewani, S. 33ff.

⁵¹¹ Staudigl, B. (2009), Emmanuel Lévinas, S. 20.

Allgemeinheit angehört. Aus seiner Perspektive kommt es einem Gewaltakt gleich, das Andere nicht in seiner Eigenart zu schätzen und zu würdigen.

Bedeutung der Andersheit und Pluralität in der Begegnung von Mensch zu Mensch

Wie Staudigl zeigt, ging die Philosophie in der ontologischen Tradition den Weg der Angleichung des Anderen an das Selbe, der Identifizierung – und damit der Vereinnahmung des Anderen. Dabei ist die abendländische Geschichte voll von identifizierenden Übergriffen: Zwangsmissionierung Angehöriger anderer Religionen, Umerziehung ethnischer Minderheiten oder von Menschen mit anderen Lebensentwürfen.⁵¹² Wie Lévinas' Holocaust-Erfahrung zeigt, kennt die Geschichte grausame Kapitel der gewaltsamen Vernichtung der Andersheit. Aus dieser persönlichen Betroffenheit heraus sucht Lévinas einen ethischen Weg, der bei der Andersheit beginnt, in ihr nicht die Abweichung vom Selben sieht, sondern ihr eine ganz andere Weise zu sein zugesteht. Beziehung wird nicht durch Erkenntnis, sondern durch Begegnung von Angesicht zu Angesicht konstituiert. Lévinas hält die Vernunft und Erkenntnis des Denkens als ergänzungsbedürftig bezüglich einer Ausweitung auf die Sinnlichkeit. Für ihn ist die ethische Ordnung nicht allein aus der Ontologie des Bewusstseins, sondern auch aus der Sinnlichkeit ableitbar. Dabei kehrt Lévinas die Zuordnung zwischen Ethik und Ontologie um, indem die Ethik keine abgeleitete Ordnung der Ontologie ist, und umgekehrt die Ontologie auch nicht aus der Ethik abgeleitet werden kann. Dadurch begründet sich Ethik nicht durch Logik, sondern in ihrer Sichtweise auf den Menschen als Optik. Indem sie bewusst auf die Möglichkeit einer Objektivierung verzichtet, lässt sie auch kein Bild vom Anderen zu.

Spannungsfeld zwischen Selbstbehauptung und Verantwortung gegenüber dem Anderen

Wie die Auseinandersetzung mit Lévinas zeigt, eröffnet sich eine Spannung zwischen den Positionen des ontologischen Nominativs und ethischen Akkusativs.⁵¹³ Während sich das Ich in seiner Identität zu behaupten versucht, wird es vom Anderen an- und zur Verantwortung gerufen. Es ist dies eine Spannung, die nicht aufgehoben werden kann. Da sie grundlegend für die ethische Beziehung und für die Begegnung mit dem Anderen ist, fordert sie das autonome Subjekt zur eigenen Infragestellung auf.⁵¹⁴ Während die Theologie und die Seelsorge dieses Spannungsfeld anhand der christlichen Freiheit und Erlösungslehre aufzuheben versuchen, wird sie in Lévinas' Ethik in den Verantwortungsbereich des Menschen gelegt. Dabei kommt die Ethik zur Schlussfolgerung, dass das Spannungsfeld zwischen eigenen und fremden Interessen den Menschen zwar zum verantwortungsbewussten Handeln aufruft, jedoch das Konfliktfeld weder lösen noch aufheben kann. Im Gegensatz zur Theologie macht die Ethik

⁵¹² Ebd., S. 21.

⁵¹³ Staudigl, B. (2009): Emmanuel Lévinas, S. 30.

⁵¹⁴ Reiter, J. (1984): „Der Humanismus des anderen Menschen“: eine Einführung in das Denken von Emmanuel Lévinas. In: *Theologie und Philosophie* 59, S. 20.

den Menschen nicht frei, sondern mündig, an diesen Spannungsfeldern des Selbst und des Anderen durch verantwortungsbewusstes Handeln zu wachsen.

Transzendenz als metaphysisches Begehren nach dem absolut Anderen

Obwohl Lévinas die abendländische Tradition und deren Reduktion auf allgemeine Prinzipien kritisiert, geht es ihm nicht darum, die Metaphysik in Frage zu stellen. Vielmehr besteht seine Absicht in der Rettung ihrer Bedeutung, da nur durch sie das Wesen der Transzendenz verstanden werden kann. Lévinas geht es nicht um eine Manifestation der Metaphysik in der Ontologie nach aristotelischer Tradition, sondern um ein metaphysisches Begehren nach dem *absolut Anderen*.⁵¹⁵ Für Lévinas liegt das Begehren des ganz Anderen ausserhalb der eigenen Vorstellung und der eigenen Begrifflichkeit. Nur so kann Metaphysik als echte Transzendenz, als Fähigkeit und Bereitschaft zur Begegnung mit dem, was jenseits des physisch Erfahrbaren liegt, gelebt werden. Metaphysik im Sinne Lévinas' ist die Wahrheit als Achtung vor dem Sein.⁵¹⁶ Jedoch muss sich diese Achtung im Verzicht auf jede Identifizierung zeigen. Eine Beziehung zur Transzendenz kann aus Achtung vor der Andersheit des Anderen nur ohne Identifizierungsversuche stattfinden. Ansonsten besteht die Gefahr, durch Vergegenwärtigung der Andersheit die Transzendenz zu verlieren. Eine solche Vergegenwärtigung wahrt nicht den transzendenten Charakter, da sie versucht, das Begegnete ins Bewusstsein zu holen und sprachlich zu vergegenwärtigen. So kann eine wirkliche Beziehung zum Transzendenten nur dann gelingen, wenn auf die Erkenntnis und Identifizierung verzichtet wird. Die Begegnung mit der Transzendenz ereignet sich nicht dadurch, dass das Andere in das Verstehen und den eigenen Sinnhorizont eingeholt wird. *„Das metaphysische Begehren trachtet nicht nach Rückkehr, denn es ist Begehren eines Landes, in dem wir nicht geboren sind: eines Landes, das aller Natur fremd ist, das nicht unser Vaterland war und in das wir nie einen Fuss setzen werden. Das metaphysische Begehren gründet auf keiner vorgängigen Verwandtschaft. Es ist Begehren, das man nicht zu befriedigen vermöchte“*.⁵¹⁷ Lévinas interpretiert in seinem Denken die Andersheit nicht als Bedrohung, die den Impuls auslöst, etwas gleich zu machen. Vielmehr ist Andersheit die Einladung zu einer Beziehung mit dem Unendlichen. Auch die Qualität und Tiefe von Beziehungen im konkreten Leben gründen bei Lévinas auf dieser Qualität des Nicht-Ankommens. Eine Transzendenz, die an einem Ziel an und zur Ruhe kommt, würde ihr eigenes Wesen verfehlen. Stattdessen verweist die Idee des Unendlichen auf ein Jenseits des eigenen Könnens. Daher wird die Beziehung mit dem Unendlichen, im Gegensatz zum christlichen Glauben, auch nicht als „Erfahrung“ im klassischen Sinn bezeichnet, da das Unendliche das Denken überschreitet, durch welches es gedacht wird.

⁵¹⁵ Lévinas E. (1993): Totalität und Unendlichkeit. Versuch über die Exteriorität. übersetzt von Wolfgang Nikolaus Krewani, S. 35.

⁵¹⁶ siehe Ausführungen dazu in Staudigl, B. (2009): Emmanuel Lévinas, S. 31-32.

⁵¹⁷ Lévinas, E. (1993): Totalität und Unendlichkeit. Versuch über die Exteriorität. übersetzt von Wolfgang Nikolaus Krewani. S. 35.

Das Unendliche ist für das Endliche nicht objektiv erfahrbar und begreifbar

So gibt es weder bestimmte Rituale noch Symbole, welche das Unendliche für das Endliche begreifbar machen. Vielmehr erfordert die Beziehung mit dem Unendlichen andere Ausdrucksformen als diejenige der objektiven Erfahrung. Eine ethische Beziehung, die Lévinas als Begegnung mit dem Anderen versteht, stellt den Menschen in Frage und ruft ihn zur Verantwortung auf. Denn nur in dieser Offenheit für den Anderen und seiner Andersheit sowie jenseits der eigenen Vorstellungen, lässt sich Unendliches erahnen. Dabei zeigt sich insofern ein Unterschied zur klassischen Metaphysik, dass Lévinas diese Trennung zwischen Endlichkeit und Unendlichkeit nicht zu überwinden versucht. Nach seiner Theorie ist ein Verhältnis zum Unendlichen dann möglich, wenn von einem getrennten endlichen Subjekt ausgegangen wird.⁵¹⁸ Die Trennung verweist das Ich zurück auf sich selbst, indem es ihm ermöglicht, seine Innerlichkeit in seiner Individualität und Besonderheit wertzuschätzen, anstatt vom Ich nur das Universale zu sehen. Im Unterschied zu Buber konzipiert sich das Ich nicht als solches, weil es in der Begegnung mit dem Andern die Andersheit erfährt und so zu einem Begriff der Identität kommt. Vielmehr konstituiert sich das Ich dadurch, dass es, ohne Partizipation an gemeinsamen Wesensmerkmalen, seine erste Identität im Genuss findet. Dadurch bezieht das Ich seine Isolierung nicht dialektisch aus seinem Gegensatz zum Anderen. Das bedeutet, dass nicht das Wissen oder die Erkenntnis zum Anderen führen. Für Lévinas umfasst die Trennung das Getrenntsein sowohl des Seienden vom Sein als auch der Seienden untereinander. Lévinas spricht von „Exteriorität“, was soviel wie Qualität eines Seins ausserhalb des Seins und der eigenen Subjektivität bedeutet. Dabei muss Exteriorität als etwas gedacht werden, das immer ausserhalb des Denkens bleibt: keine unveränderliche Seinsbeziehung, sondern eine sich ereignende Bewegung auf den Anderen zu. So ereignet sich Transzendenz in der Bewegung des über-sich-Hinaus und auf-den-Anderen-zu Gehens. Im Unterschied zum christlichen Glauben ist es jedoch kein Mangel, der das Ich zum Anderen trägt, damit es dort findet, was ihm selbst fehlt. Vielmehr muss nach Lévinas' Vorstellung das Ich gefestigt und befriedigt sein. Die Transzendenz zeigt sich in der Sehnsucht nach dem über-sich-Hinaus und zum Andern wachsen.

Genussfähigkeit und Verwundbarkeit als Voraussetzungen für die Begegnung mit dem Andern

Lévinas' Ethik besagt weiter, dass das Ich erst in die Auseinandersetzung mit dem Anderen treten kann, wenn es zuvor bei sich ist und sich besitzt.⁵¹⁹ Dabei wird nicht nur die Trennung zwischen Innerlichkeit und Exteriorität oder dem Endlichen und Unendlichen aufgehoben, sondern das Andere in das Vertraute und Eigene integriert. Dadurch gerät das Andere in eine Position der Vulnerabilität, vom Ich vereinnahmt zu werden. Deshalb setzt Lévinas Ethik eine gefestigte Innerlichkeit des Ich voraus, damit das Andere überhaupt existieren und das Ich der Begegnung mit dem Andern standhalten kann. Diese

⁵¹⁸ Staudigl, B. (2009). Emmanuel Lévinas, S. 35-36.

⁵¹⁹ Funk, R. (1989): Sprache und Transzendenz im Denken von Emmanuel Lévinas. Freiburg/München, S. 366.

Festigung geschieht nach Lévinas sowohl als vitales Ich des Genusses als auch in der sogenannt ökonomischen Existenz des Wohnens, Arbeitens und Besitzens.⁵²⁰ Der Mensch erfährt sich durch seine körperliche Existenz sinnlich in das Leben eingebunden. Er erlebt sich als vitales Ich, indem er Bedürfnisse verspürt, die er befriedigen möchte. Diese Bedürfnisse muss er nach Lévinas nicht religiös überwinden. Vielmehr geht es nach Lévinas um die Befriedigung der Bedürfnisse und das Erleben von Individuation. Der Mensch erlebt sich in der Bedürfnisbefriedigung deshalb als singulär, weil der eigene Genuss nie der eines Anderen ist und umgekehrt. Lévinas schreibt: *„Im Genuss bin ich absolut für mich. Egoistisch ohne Bezug auf Andere – bin ich allein ohne Einsamkeit, unschuldig egoistisch und allein (...) vollständig taub für Andere, ausserhalb aller Kommunikation und aller Verweigerung von Kommunikation – ohne Ohren wie ein hungriger Bauch“*.⁵²¹ Entgegen der kirchlichen Tradition nennt Lévinas eine solche Form von Egoismus „unschuldig“, weil er zwar „taub“ ist, sich jedoch nicht gegen die Anderen richtet. Seine Unschuld kann er dann verlieren, wenn er bei der Begegnung mit Exteriorität taub gegenüber dem Appell des Andern bleibt, den Anspruch des Anderen nicht hört und sich ihm verschliesst. Einem solchen Anspruch könne nur ein Ich standhalten, das durch Genuss und Bedürfnisbefriedigung in seiner Subjektivität bereits konstituiert ist.

Jedoch geht Lévinas einen andern Weg als hedonistische oder eudaimonistische Theorien. So sind für ihn Genuss und Glückseligkeit nicht das Endziel, sondern vielmehr der Ausgangspunkt.⁵²² Dabei möchte Lévinas den Leib als Selbstbesitz des Menschen und als Weise, die Sinnlichkeit zu vollziehen, nicht unter das Primat des Bewusstseins oder der geistigen Ordnung, sondern der Sinnlichkeit stellen. Aufgrund dieser Überlegungen sind für Lévinas *Genuss* und *Verwundbarkeit* die zwei wesentlichen Seiten der Sinnlichkeit. Als Prozess der Ich-Bildung erfolgt Positionierung, Setzung des Ich in der Welt durch *Genuss*. Dagegen konfrontiert die andere Seite der Sinnlichkeit das Subjekt durch Exposition und Ausgesetztsein mit seiner *Verwundbarkeit*. *„In dieser (An)Bindung der Verwundung an den Genuss bzw. an ein Wesen, das geniessen kann und auch geniessen will, wird der Schmerz der Verwundung erst in seiner Härte spürbar“*.⁵²³ So ist der in Genuss gesetzte Leib die Voraussetzung der Aussetzung an den Anderen. Diese Verwundbarkeit ist für Lévinas das Einfallstor der Ethik, denn nur ein verwundbares Wesen kann verletzlich und offen für den Anderen sein.⁵²⁴ Sie ist für den Menschen im Leiden und der Begegnung mit dem Tod konkret und leibhaftig erfahrbar. In diesem Sinne erlebt sich das sinnliche Subjekt nie als nur souverän und autonom, sondern immer auch als bedroht und ausgesetzt: der Einsamkeit, Formen physischen und psychischen Leidens sowie dem drohenden Tod. Dabei sind es die

⁵²⁰ Lévinas, E. (1993): Totalität und Unendlichkeit. Versuch über die Exteriorität. übersetzt von Wolfgang Nikolaus Krewani., S. 191ff.

⁵²¹ Ebd., S. 190.

⁵²² Staudigl, B. (2009): Emmanuel Lévinas, S. 42.

⁵²³ Funk, R. (1989): Sprache und Transzendenz im Denken von Emmanuel Lévinas, S. 397.

⁵²⁴ Staudigl, B. (2009), Emmanuel Lévinas, S. 49.

eigene Verletzlichkeit, die Erfahrung eigener Einsamkeit und Ohnmacht, welche für die Einsamkeit, Ohnmacht und Verletzlichkeit des Anderen öffnen.

Generativität als Sinnfindung eines Ichs, das von einem Du zur Verantwortung gerufen wird

Die Verantwortung für den Menschen gründet im Subjektsein, in einer voraussetzungslosen und grundlosen Passivität.⁵²⁵ Jedoch kann in Lévinas' Ethik Verantwortung nicht als freiwilliger Akt des Bewusstseins durch die aktive Leistung eines Subjekts übernommen werden. Vielmehr IST das Subjekt selbst Verantwortung, weil es als sinnliches Subjekt dem Anderen und seinem Anruf ausgesetzt ist. Das sinnliche Subjekt braucht den Anspruch vom anderen Menschen her, um als Subjekt in seiner unverwechselbaren Individualität angesprochen zu werden. „*Vom Antlitz des Anderen her, das mich unverdrängbar angeht, erhalte auch ich selbst ein Gesicht und einen Namen*“.⁵²⁶ Durch das Angesprochenwerden des Anderen wird das Subjekt von der Nominativ- in die Akkusativposition versetzt. In diesem Gebrauchtwerden durch das Angesprochensein des Anderen erfährt das Subjekt in seiner Verantwortung eine fundierende Sinnschicht. Dabei zeigt dieser Übergang enge Bezüge zur Generativität. Lévinas plädiert dafür, Generativität nicht an Selbstsorge, sondern an Sinnfindung eines Ich zu binden, das von einem Du an- und zur Verantwortung gerufen wird. Mit seinem Denken stellt Lévinas die Autonomie des Menschen in einen Prozess, indem er den Menschen zunächst nicht von seiner autonomen Existenz her denkt. Vielmehr wird das persönliche Ich dadurch gestärkt, dass es von niemandem ersetzt werden kann, weil es als Einzelne/r aufgerufen ist. Nach Lévinas bilden die Konstitution des persönlichen Ich und der Moralität den einen und selben Prozess ab, da die eigentliche Subjektivität von Grund auf als eine ethische zu verstehen ist. Lévinas unterscheidet zwei Formen von Freiheit: eine totalitäre und eine moralische. Während die totalitäre Freiheit willkürlich nur nach sich selbst fragt, kann die moralische Freiheit „*über sich selbst Scham empfinden*“, weil sie um ihre eigenen ungerechtfertigten Ansprüche und die Negation der Ansprüche des Anderen weiss.⁵²⁷ Nach Lévinas bezieht das Subjekt seine Identität nicht primär aus dem Bewusstsein und aus Erkenntnis, sondern aus Bindungen der Verantwortung und der Sozialität.

Definition der Ethik über die Nähe zum Anderen

Dass der Mensch nicht nur dem Anderen, sondern in der Gesellschaft auch den vielen Dritten gerecht werden muss, macht die Objektivierung von Verantwortung in Institutionen und Ordnungen notwendig. Die Pluralität der Menschen verlangt nach Gerechtigkeit und einem objektivierbaren Massstab. So kann in der Unmittelbarkeit der Nähe zum Anderen zwar Beziehung, nicht aber Gemeinschaft gründen.

⁵²⁵ Ebd., S. 66 ff.

⁵²⁶ Wenzler, L. (1991): Zeichen und Antlitz. In: Klehr, F.J. (Hrsg.): Den Anderen denken. Philosophisches Fachgespräch mit Emmanuel Lévinas, S. 21.

⁵²⁷ Lévinas, E. (1999): Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie. Uebers., hrsg. und eingeleitet von Wolfgang Nikolaus Krewani, S. 204 ff.

Da sich Lévinas gegen „ontologische Gegebenheiten“ allgemeingültiger Gesetze ausspricht, ist das Dazukommen des Dritten als eine strukturelle Schwäche der Lévinas'schen Philosophie betrachtet worden.⁵²⁸ Lévinas begegnet dieser Kritik einer die Nähe im Bewusstsein aufhebenden Berechnung dadurch, dass sich die Ordnung der Gerechtigkeit weiterhin der Nähe zu verdanken habe. Für ihn definiert sich Gerechtigkeit nicht von der Ontologie und dem Bewusstsein her, sondern von der Sinnlichkeit und Nähe. Lévinas begründet seine These damit, dass Ungerechtigkeit dann entsteht, wenn alle nach demselben objektiven Massstab und nicht nach dem Mass ihrer Bedürfnisse und Anliegen behandelt werden. Eine Gerechtigkeit, die sich nicht der Nähe zum Andern und dem Appell der Verantwortung verdankt, betrachtet er als gefährdet, in einer Totalität zu erstarren und zum bürokratisierten Exekutivorgan des Objektivierten zu werden. Lévinas Ethik ist in diesem Sinne radikal, indem sie in konsequenter Weise zu den Wurzeln der Inhumanität zurückgeht und diese im autonomen Subjekt festmacht, das frei darüber entscheidet, ob es Verantwortung für den Anderen übernehmen will oder nicht. Indem sich Ethik über die Nähe zum Anderen definiert, steht sie in einer Wechselwirkung mit dem gesellschaftlichen Kontext und den entsprechenden Wertvorstellungen.

Eine solch kontextuelle Sensibilität und aktive Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Werten ist auch für Spiritual Care zu fordern. Wie der Dialog mit Lévinas Philosophie deutlich macht, steht der Prozess der Sinnfindung in enger Wechselwirkung mit der Nähe zum Andern und zur Ethik.

7.6 Einflussfaktoren für prosoziales Verhalten

Diese Wechselwirkung zwischen Sinnfindung, Nähe zum Andern und Ethik wurde auch aus soziologischer Sicht untersucht. Samuel und Pearl Oliner haben eine umfassende Studie mit je 700 Personen durchgeführt, die im 2. Weltkrieg entweder Juden bei sich aufgenommen oder eine solche Aufnahme abgelehnt haben. Hintergrund dieser Studie ist die bewegende Geschichte des jüdischen Autors. Samuel Oliner war 12 Jahre alt, als die Nationalsozialisten im zweiten Weltkrieg in Polen eindrangen und er mit seiner Familie in ein jüdisches Ghetto gebracht wurde. Kurze Zeit später hat er, auf dem Dach seines Hauses, mit eigenen Augen gesehen, wie die Nazis ein jüdisches Kind aus dem Fenster geworfen und die Menschen mit Trucks deportiert haben. „Lauf mein Junge, dann wirst du leben“, war der Rat seiner Stiefmutter, den sie ihm auf die Flucht mitgab. Daraufhin ist er tagelang voller Angst und alleine durch die Gegend gerannt, bis er in einem Dorf von einer Frau aufgenommen wurde. Um seine Identität zu verbergen, erhielt einen polnischen Namen und auch eine katholische Erziehung. Samuel Oliners Leben war fortan geprägt von der Erfahrung der Selbstlosigkeit dieser Frau, welche sein Leben ungeachtet der Gefahren gerettet hat. Samuel Oliner ist nach dem Krieg in die USA ausgewandert und ist ein bekannter Professor für Soziologie geworden. Seine Forschungsaktivität wurde fortan durch die

⁵²⁸ B. Staudigl (2009), Emmanuel Lévinas, S. 99ff.

Motivation geprägt, herauszufinden, was Menschen motiviert, ihr Leben zu riskieren, um anderen zu helfen.⁵²⁹

Durch einen Vergleich mit einer Kontrollgruppe von Nicht-Rettern ist es ihm gelungen, einige signifikante Faktoren für das prosoziale Verhalten zu ermitteln. Interessanterweise spielten in seiner Studie „ethisch-religiöse Haltungen“ keine signifikante Rolle. Vielmehr erwiesen sich Faktoren wie eine gute Einbindung in ein soziales Netzwerk, wo emotionale und praktische Unterstützung erfahren wird, als Prädiktoren für das Hilfeverhalten. Die Retter zeigten ein höheres Autonomiebewusstsein im Vergleich zu einem stärkeren Gefühl der Ohnmacht bei den Nicht-Rettern. Weitere wichtige Faktoren für eine altruistische Persönlichkeit waren das Einfühlungsvermögen sowie eine Erziehung, in der die Eltern als Modell für mitfühlendes Verhalten erlebt wurden. Die Autoren der Studie kommen zum Schluss, dass Religion nur in einem nichtautoritären Raum der Freiheit zu solidarischem Verhalten führt. Dagegen hat die Studie gezeigt, dass autoritätsorientierte Ängstlichkeit nicht nur ein Ausdruck mangelnder Ich-Stärke, sondern zugleich spürbarer Entsolidarisierung darstellt. Wichtige Parameter waren auch die Regulierung körperlicher Spannungen und Affekte sowie die Anerkennung und Unterstützung des sich entwickelnden Selbst in seiner Lebendigkeit und seinen Fähigkeiten. Auch die Fähigkeit, inneren und äusseren Erfahrungen Sinn zu geben, befähigte die Retter zu stärkerem Selbst- und Fremdverstehen.

Zusammenfassend lassen sich folgende förderliche Bedingungen und Faktoren für prosoziales Verhalten festhalten:

- Gute Einbindung in ein soziales Netzwerk, wo emotionale und praktische Unterstützung von Menschen erfahren wird.
- Autonomiebewusstsein
- Erziehung und Eltern, die als Modell für mitfühlendes Verhalten erlebt wurden
- Nichtautoritärer Raum der Freiheit
- Fähigkeit, inneren und äusseren Erfahrungen Sinn zu geben

Jedoch: Ethisch-religiöse Grundhaltungen sind kein Prädiktor für barmherziges Handeln

7.7 Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Die verschiedenen Auseinandersetzungen in Kapitel 7 führen im Hinblick auf die Implementierung von Spiritual Care zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Es braucht in der Spiritual Care Begründungsansätze helfenden Handelns, welche im System Krankenhaus Subjektivität und konkrete Individualität zusammendenken.

⁵²⁹ Oliner, S. P. & Oliner, P.M. (1988): Altruistic Personality: Rescuers of Jews in Nazi Europe.

-
2. Im menschlichen Leben lässt sich die Trennung zwischen Endlichkeit und Unendlichkeit weder überwinden, noch kann der Mensch von seinen Bedürfnissen und seiner Endlichkeit „erlöst“ werden. Vielmehr gilt es, die Spannung zwischen den eigenen Bedürfnissen („ontologischer Nominativ) und der Verantwortung gegenüber dem Andern („ethischer Akkusativ) auszuhalten, zu reflektieren und im eigenen Handeln zu verantworten.
 3. Der moderne Mensch sucht in einer leistungsorientierten Arbeitswelt nach Angeboten, welche die Erfahrung ermöglichen, die Trennung von Körper, Seele und Geist zu überwinden. Damit wird dem Wunsch nach einer ganzheitlichen Lebensführung innerhalb von verschiedenen Teilsystemen entsprochen.
 4. Die Auseinandersetzung mit eigenen Bedürfnissen und sinnlichem Genuss ist nicht nur für die Stabilisierung des eigenen Selbst, sondern als gefestigte Innerlichkeit auch für die Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen unerlässlich.
 5. Die Konstitution des persönlichen Ich und die Moralität bilden zwei Prozesse auf derselben Medaille ab. Werthaltungen definieren sich nicht über die Loslösung des Selbst von der Moralität. Vielmehr stehen eigene Bedürfnisse und Moralität in einer engen Wechselwirkung. Dadurch ist Ethik untrennbar mit der sinnlichen Wahrnehmung verbunden.
 6. Das Verständnis von *Freiheit* ist nicht isoliert als eigenes Interesse, sondern im Kontext der aktuellen soziokulturellen Rahmenbedingungen zu betrachten. So kann Freiheit im Umgang mit sozial schwächeren und kranken Menschen in unserer modernen Gesellschaft nicht unabhängig von den Themen *Gerechtigkeit* und *Verpflichtung zur Verantwortung* diskutiert werden.

Wie sich in den verschiedenen theoretischen Auseinandersetzungen gezeigt hat, müssen bei der Implementierung von Spiritual Care, die sich als Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen im System Krankenhaus versteht, folgende Punkte beachtet werden:

Vermittlung versus Reflexionsfähigkeit

Parallel zum Rückgang christlicher Glaubenspraxis zeigt sich in unserer pluralistisch-säkularen Gesellschaftsstruktur eine Entwicklung, die den Religionsbegriff so weit ausgedehnt, dass sich „Religiöses“ in fast allen Lebensbereichen finden lässt. So basieren gemeinsame Werthaltungen kaum mehr auf der Grundlage geteilter religiöser Glaubensüberzeugungen. Stattdessen sind die verschiedenen Berufsgruppen in der Spiritual Care mit verschiedenen Kulturen, Religionen und Weltanschauungen konfrontiert. Die Prägung der Organisationskultur findet auf der Ebene von Erfahrung, Gefühlen, Philosophien, Erziehung, Wertvorstellungen und Menschenbildern als eigenständigen Grössen statt. Daher geht es in der interprofessionellen Spiritual Care Schulung weniger um die Vermittlung religiöser oder philosophischer Weltanschauungen, sondern um die Sensibilisierung für die eigene Weltanschauung vor

dem Hintergrund der individuellen Biographie. Diese gilt es in der Auseinandersetzung mit anderen Werthaltungen zu reflektieren.

Sinnfindung

Immer mehr medizinische Fachpersonen machen in einer hoch technisierten und leistungsorientierten Arbeitswelt die Erfahrung, dass Sinnfindung nicht nur an persönliche Leistung und Erfolge gebunden ist, sondern sich auch in der Verantwortung gegenüber dem Patienten erschliesst. Aus dieser Perspektive versteht sich, warum sich in einer ökonomisierten Medizin nicht nur die PatientInnen, Seelsorgenden und Pflegefachpersonen, sondern auch die naturwissenschaftlich ausgebildete ÄrztInnen mit Sinnfragen beschäftigen. So sind vor allem ÄrztInnen bei schwerkranken Patienten mit vielen Konfliktsituationen konfrontiert, die aus einem Spannungsverhältnis zwischen marktwirtschaftlichen Interessen und den Patientenbedürfnissen entstehen.

Identität und Teamentwicklung

Die Entwicklung von gemeinsam geteilten Werthaltungen erfolgt in individualisierten komplexen Gesellschaften weniger über religiöse oder moralische Vorschriften, sondern vielmehr über die Stärkung von Identität, Reflexion von individuellen Wertesystemen und Förderung von Zugehörigkeit zu einem Team. Diesen Bedürfnissen soll Spiritual Care im interprofessionellen Team Rechnung tragen. Um es mit den Worten von Emmanuel Lévinas auszudrücken, geht es darum, die Spannung zwischen den eigenen Bedürfnissen („ontologischer Nominativ) und der Verantwortung gegenüber dem Andern („ethischer Akkusativ) auszuhalten, zu reflektieren und im eigenen Handeln zu verantworten. Wie sich anhand der Auseinandersetzung mit den verschiedenen Seelsorgetraditionen gezeigt hat, scheint sich im Zusammenhang mit Spiritual Care die Frage nach dem Identitätsverständnis der Seelsorge in besonders dringlicher Weise zu stellen.

Kommunikationsmittel zwischenmenschlicher Beziehungsgestaltung

Spiritual Care versteht sich als gemeinsame Sorge verschiedener Berufsgruppen um den kranken Menschen. Die vorliegende Arbeit kommt zum Schluss, dass sich das „prophetische Wächteramt“ der Seelsorge in der kommenden Generation von SeelsorgerInnen wohl kaum mehr aufrechterhalten lässt. So schliessen sich eine kritische Haltung und Zugehörigkeit zu einem Team nicht gegenseitig aus. Wie verschiedene Praxiserfahrungen gezeigt haben, sind ethische Konfliktsituationen und Entscheidungsfindungsprozesse häufig durch Konflikte zwischen den Berufsgruppen überlagert. Ein gutes Konfliktmanagement zwischen unterschiedlichen Werthaltungen und Interessen soll in der Spiritual Care dazu beitragen, die verschiedenen Bedürfnisse und Weltanschauungen in einer pluralistischen Gesellschaft als Ressource zu entdecken und zu nutzen.

8. Praktische Umsetzung von Spiritual Care im Akutspital

Im Anschluss an die theoretische Auseinandersetzung verfolgt dieses Kapitel nun das Ziel, die theoretischen Erkenntnisse in einem Forschungsprojekt und Schulungskonzept umzusetzen. Einige Themen sind in der Literatur sehr kontrovers diskutiert worden. Dies erfordert, dass für die Konzeption des Forschungsprojekts einige Entscheidungen getroffen werden müssen.

1. Um die „spirituelle Begleitung“ nicht von ihrem medizinisch-therapeutischen Kontext zu lösen, wird Spiritual Care als „Integration der spirituellen Dimension in die bio-psycho-sozialen Behandlung“ definiert.
2. Gemäss ihrer Rolle als Vertreterin der Kirche, deutet die Seelsorge spirituelle Patientenbedürfnisse aus einer religiösen Perspektive. In der Spiritual Care erweitert sich diese Deutungsvielfalt auf verschiedene Weltanschauungen einer pluralistisch-säkularen Gesellschaft.
3. Da Reflexions- und Deutungskompetenz in der Spiritual Care durch spezifische Schulung und Weiterbildung zu erwerben ist, lässt sich die Empfehlung ableiten, dass Spiritual Care in Institutionen von Fachpersonen und nicht von Laien angeboten werden sollte.
4. Die Auseinandersetzung mit dem interreligiösen Dialog zeigt viele Gemeinsamkeiten, aber auch grundlegende Unterschiede zwischen den verschiedenen Weltreligionen.
5. In Schulungskonzepten sollten sowohl die Auseinandersetzung mit Identität und Rollen als auch ethisch verantwortbares Handeln gleichermassen gefördert werden.

8.1 Entscheidungen in Bezug auf die praktische Umsetzung von Spiritual Care

Spirituelle Anamnese und Spirituelles Assessment

Nach einer fast zweijährigen Auseinandersetzung mit spirituellen Anamnesetools an den verschiedenen internationalen Konferenzen kommt die vorliegende Arbeit zum Schluss, dass die propagierten spirituellen Assessment-Instrumente in der Praxis der Schweizer Spitäler wenig Rückhalt haben. So fehlen auf internationaler Ebene bislang evidenzbasierte Studien, welche den Nutzen einer spirituellen Datenerhebung für Patienten belegen. Wie verschiedene Studien zeigen, können bislang keine zuverlässigen Aussagen zum Einfluss der im Assessment erhobenen Daten auf die Behandlung gemacht werden. Dies ist in Bezug auf die Intimität des Themenbereichs und die Dokumentation dieser Daten höchst problematisch. Unter Berücksichtigung der Vielfalt an Spiritualitätsdefinitionen sollte es in der Umsetzung unserer Studie vielmehr darum gehen, ausserhalb einer persönlichen Definition von Spiritualität messbare Kriterien zu schaffen, welche in einer evidenzbasierten Forschung Aussagen zur Qualität und Wirksamkeit von Spiritual Care ermöglichen.

Messbare Kriterien in der interprofessionellen Zusammenarbeit von Spiritual Care

Sowohl die WHO-Definition als auch die internationale Consensus-Conference fordern für Spiritual Care den gleichen Dreischritt, der für Palliative Care und auch für alle Formen der therapeutischen Begleitung gilt: Anamnese – Indikation – Intervention.⁵³⁰ Konkret stellt sich die Frage, wie sich angesichts des geforderten „neutralen“ und vagen Spiritualitätsbegriffs der geforderte Dreischritt ohne Einsatz von Assessments realisieren lässt. Wie kann Spiritual Care in der Praxis einer pluralistisch-säkular geprägten Gesellschaft mit Anspruch auf Wissenschaftlichkeit umgesetzt werden, ohne „funktionalisiert“ oder „ökonomisiert“ zu werden? Konkret stellen sich auf den verschiedenen Ebenen folgende Herausforderungen:

a) Ebene Forschung:

Wie in Kapitel 5 gezeigt wurde, wird Spiritualität in den verschiedenen Forschungskonzepten entweder als *Religion*, als *positiver psychologischer Zustand* oder als *positive Charaktereigenschaft* gemessen. Deshalb ist das moderne Spiritualitätsverständnis nicht unabhängig vom positiven psychologischen Zustand.

b) Ebene Patienten:

Die Offenheit von Spiritual Care gegenüber verschiedenen Weltanschauungen und Religionen kann nicht mit „Neutralität“ gleichgesetzt werden. So sind auch atheistische Weltbilder von persönlichen Erfahrungen und soziokulturellen Einflüssen geprägt. Da der Patient in einem Abhängigkeitsverhältnis zu den ihn betreuenden ÄrztInnen und Pflegenden steht, ist die Sensibilisierung für Übertragungsprozesse ein wichtiger Teil von Schulungen und Supervisionen in Spiritual Care.

c) Ebene Fachpersonen:

Die Einführung der Fallpauschalen hat nicht nur die Behandlungsformen, sondern auch die interprofessionelle Zusammenarbeit verändert. Wo früher die Übergabe des Patienten beim Schichtwechsel durch Rapporte erfolgte – und deshalb die interprofessionelle Fallbesprechung fest zum Wochenplan gehörte – informieren sich die Fachpersonen heute weitgehend anhand der Dokumentation in der Krankenakte. Deshalb liegt der Fokus mehr auf fachspezifischen Krankheitssymptomen als auf einer ganzheitlichen Wahrnehmung der bio-psycho-sozialen-spirituellen Gesamtsituation des Patienten. So fehlen in vielen Institutionen Gefässe, welche in komplexen Patientensituationen die verschiedenen medizinischen Handlungen auf die Bedürfnisse des Patienten abstimmen. Dies hat zur Folge, dass die berufsspezifischen unterschiedlichen Auffassungen häufig zu Konflikten zwischen den verschiedenen Berufsgruppen führen.

⁵³⁰ Puchalski, Ch. et al. (2009): Improving the quality of Spiritual Care, S. 891-892; siehe auch Gratz, M. & Roser, T. (2014): Spiritualität in der Medizin- ein Widerspruch?, S. 236.

8.2 Verbindung von Spiritualität, Medizin und Ethik

Das Spiritual Care Verständnis des Projekts geht von einer engen Verbindung von Spiritualität, Medizin und Ethik aus. So sind der Respekt vor verschiedenen Weltanschauungen sowie gemeinsam geteilte Werthaltungen in der gelebten Arbeitskultur wesentliche Grundvoraussetzungen von Spiritual Care. Als wichtige Kernkompetenzen sind die Reflexions- und Deutungsfähigkeit zu nennen. Die Bedeutung dieser Verknüpfung zeigt sich in ausgeprägter Weise, wenn der Inhalt der Patienteninformation, welche die medizinische Fachperson einem Patienten im Hinblick auf seine Krebsdiagnose gegeben hat, aus ihrer Sicht nicht kongruent ist mit dem, was der Patient hört. In diesem Sinne verknüpft der Patient seine Erkrankung mit einer Bedeutung, die in enger Verbindung mit seinen Bewältigungsressourcen steht. Zugleich ist ein Patient bei einer unheilbaren Erkrankung herausgefordert, verschiedene Behandlungsalternativen zu bewerten und gegeneinander abzuwägen. Dass dieser Prozess auch ethische Überlegungen beinhaltet, macht die aktuelle Debatte um die aktive Sterbehilfe in besonderer Weise deutlich. So ist die Entscheidung für oder gegen EXIT wesentlich durch die soziokulturelle Frage mit beeinflusst, wie wir leben und was unser persönliches und gesellschaftliches Wertesystem bestimmt.

Bedeutung des sozialen Netzwerks

Dieser Prozess der Bewertung und Interpretation der Erkrankung ist gleichzeitig an einen emotionalen Prozess gebunden, der mit gesellschaftlichen und kulturellen Wertvorstellungen in enger Wechselwirkung steht. Die Diagnose einer unheilbaren Erkrankung ist für die meisten Patienten mit einer hohen Belastung verbunden, welche das Leben in existentieller Weise bedroht. Deshalb sind die Unterstützung durch die Familie und das soziale Umfeld von grosser Bedeutung. Jedoch stellt das Leben unserer modernen Gesellschaft die sozialen Beziehungen vor grosse Herausforderungen. Neben der Zunahme von Singlehaushalten steigt auch die Zahl der Patchworkfamilien und damit die Komplexität von sozialen Systemen. Dabei haben ÄrztInnen und Pflegefachpersonen neben den medizinisch-pflegerischen Handlungen immer weniger Zeit für die emotionale Unterstützung und Begleitung von Patienten. So versteht sich, dass Patienten, die sich in einer Phase von Trauer oder Wut über ungelebtes Leben befinden, an Fachpersonen höhere Anforderungen stellen als Patienten, die sich gut an die krankheitsbedingten Veränderungen angepasst haben. Eine bessere psychosoziale Versorgung liegt deshalb nicht nur im Interesse von PatientInnen, sondern auch der Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik. Da unser Forschungsprojekt auf diesem Zusammenspiel aufbaut, wird diese Verknüpfung der verschiedenen Disziplinen und ihren Schwerpunkten in der folgenden Graphik verdeutlicht:

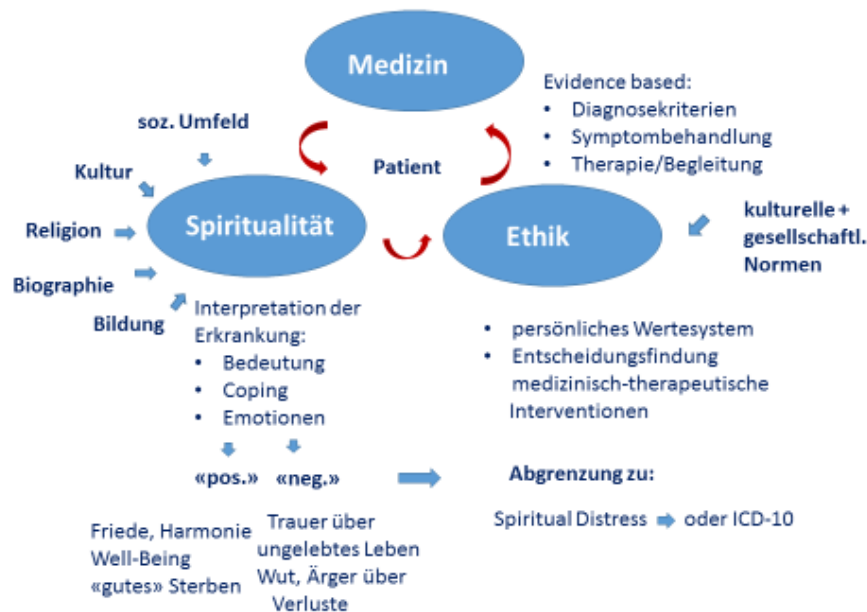


Abbildung 5: Integratives Spiritual Care-Modell aus der Sicht des Patienten

Auswirkung von Stressbelastung auf das medizinische Behandlungsteam

Wie verschiedene Studien zeigen, können sich Stressbelastungen nicht nur in negativer Weise auf die Patienten, sondern rückwirkend auch auf das medizinische Behandlungsteam auswirken.⁵³¹ In ihrem Streben nach grösstmöglicher Objektivität, handelt die evidenzbasierte Medizin nach standardisierten wissenschaftlichen Kriterien. Diese stehen oft in einem Gegensatz zur individuellen Wahrnehmung und Interpretation der Patienten. So sind der spirituelle Prozess der Bedeutungsfindung und der Interpretation der Erkrankung wesentlich von der Kultur, Bildung, Biographie sowie vom religiösen und sozialen Hintergrund des Patienten geprägt. Es handelt sich um dieselben Einflussfaktoren, die auch die Wahrnehmung der medizinischen Fachperson prägen. Bleibt in einem hektischen Arbeitsalltag für Fachpersonen kein Raum für die Selbstwahrnehmung, kann diese auch nicht in Relation zur Wahrnehmung des Patienten gestellt werden. Dies führt insbesondere dann zu Stressreaktionen, wenn die Wahrnehmungen von Fachpersonen und Patienten in unterschiedlicher Richtung verlaufen. So fühlt sich ein Patient in seinem Zorn über seine Krankheit kaum unterstützt, wenn ihm eine Pflegefachperson ihr noch so gut gemeintes Harmoniekonzept des „good death“ überstülpen will. Gleichzeitig kann

⁵³¹ siehe Unterlagen zum 2. Symposium der Clinica Holistica Engiadina „Burnout – Konturen einer stressinduzierten Erkrankung“ von Dr. Beate Schulze, Universität Leipzig: „Wir müssen ganz besonders stabil sein“. Stressfaktoren in therapeutischen Berufen: Wie suchen Fachleute Hilfe? Schulze sieht das entscheidende Kriterium von Burnout in klinischen und sozialen Berufen „im Ergebnis sozialer Interaktionen zwischen Helfern und ihren Klienten“. Siehe auch Jenkins R. & Elliot, P. (2004): Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. In: *J Adv Nurs*. 2004, Dec. 48(6): 622-631; Konflikt mit Patienten als Quelle von Stress belegt auch eine Studie von Monsalve-Reyes, C.S., San Luis-Costas C. et. al. (2018): Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. In: *BMC Fam Pract*. 2018; 19-59.

es für die Pflegefachperson zu einer grossen Belastung werden, wenn sie den Eindruck gewinnt, zur Zielscheibe der Aggressionen des Patienten zu werden. In der Burnout-Prävention ist daher die sorgfältige Analyse dieser unterschiedlichen Wahrnehmungsebenen von grosser Bedeutung. Zugleich schützt sich die Fachperson vor belastenden Übertragungsprozessen, indem der Zorn und die Aggression dort mit ausgehalten werden, wo sie ihren Ursprung haben: im Leben des Patienten.

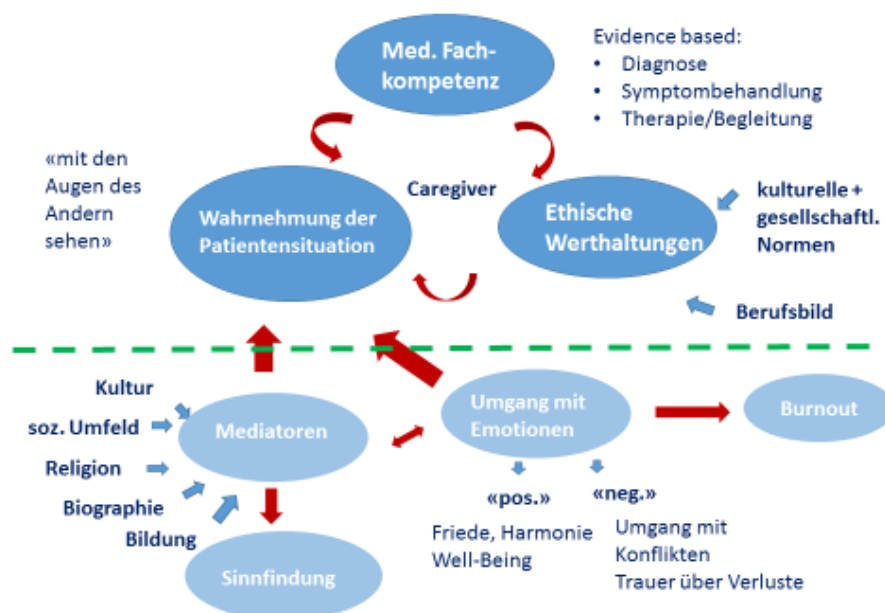


Abbildung 6: Integratives Spiritual Care-Modell aus der Sicht der behandelnden Fachperson

Sorge um den kranken Menschen im Sinne von Community Care und Public Health

Diese Schlussfolgerungen bilden eine wichtige Grundlage zur Bewertung empirischer Forschungsmethoden in der Spiritual Care. So lassen Assessments und Studien, welche die Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft oder die Häufigkeit von Gottesdienstbesuchen und Gebeten erheben, keine Aussagen darüber zu, wie der Patient seine Krankheitssituation interpretiert. Medizinische Fachpersonen werden nur dann ausreichend für Übertragungsprozesse sensibilisiert, wenn sie sich mit ihrer persönlichen Selbstwahrnehmung auseinandersetzen. Dabei handelt es sich bei Bedeutungs- und Sinnfindungsprozessen im Wesentlichen um sprachliche und zwischenmenschliche Interaktionsprozesse, die nicht in pragmatischer Weise simplifiziert werden können. So wird die Sorge um den kranken Menschen als gemeinschaftliche Sorge im Sinne einer Community Care verstanden. Das von der National Comprehensive Cancer Network (NCCN) empfohlene Distress Thermometer⁵³² erfasst die krankheitsbezogenen Belastungen des Patienten in seinem gesamten Lebensumfeld. Spirituelle Bedürfnisse

⁵³² National Comprehensive Cancer Network, NCCN Guidelines Distress Management, Version 2.2014.

besitzen eine grosse gemeinschaftsbasierte Komponente, die auch Freunde und Verwandte in die Sorge um den kranken Menschen einbeziehen. In dieser Hinsicht werden sowohl der klinische als auch Public-Health-Ansätze integriert, was die gleichzeitige Betrachtung von Gesundheit und Krankheit ermöglicht. Da die medizinische Versorgung, Pflege und Betreuung eines schwerkranken Menschen für die Angehörigen und auch für das Behandlungsteam mit grossen Belastungen verbunden sein kann, ist dem Faktor der Gesundheitsförderung in der Spiritual Care ebenfalls Beachtung zu schenken. Wie in Kapitel 5 ausgeführt wurde, interessieren sich medizinische Fachpersonen in der Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen vor allem deshalb für Spiritual Care, weil sie motiviert sind, sich mit ihrer eigenen Spiritualität auseinanderzusetzen. Viele von ihnen betrachten die Prävention von Burn-out als eine wichtige Funktion von Spiritual Care. So möchten wir in unserem Projekt auch dieses Anliegen der Fachpersonen mit berücksichtigen.

Im Kontext von Public Health beschäftigt sich Spiritual Care nicht nur mit der Selbstsorge, sondern ebenfalls mit Teamprozessen in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Es geht um die gemeinschaftliche Suche nach dem Sinn und der Bedeutung von Tod und Verlust als wesentliche Bestandteile des menschlichen Lebens. Deshalb legt unsere Interventionsstudie den Fokus nicht auf die Messung oder Erhebung von Spiritualität und spirituellen Bedürfnissen, sondern auf Interventionen, welche die interprofessionelle Zusammenarbeit im Team unterstützen sowie eine holistische Wahrnehmung der Patientensituation fördern. Deshalb sind wir in unserem Projekt zum Schluss gekommen, in die Grundlagen unseres Schulungskonzepts das Modell von Spiritual Distress zu integrieren. Dies auch deshalb, weil das Konzept von Spiritual Distress ab 2015 international an Bedeutung gewonnen hat seit da die best practice der spirituellen Assessments abgelöst hat.

8.3 Spiritual Distress – Operationalisierung in der interprofessionellen Zusammenarbeit

Wie die Ecoplan Studie des BAG sowie eine deutsche Studie zur Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen bei Krebspatienten zeigt, können gezielte Interventionen die Lebensqualität des Patienten, die Stressbelastung der Mitarbeiter sowie die Folgekosten drastisch verringern und die Krankenhausverweildauer um bis zu 40% senken.⁵³³ Wie sowohl die BAG-Studie als auch eine deutsche Studie festhalten, besteht gerade in der medizinischen Akutversorgung und in der Allgemeinen Palliativversorgung – im Vergleich zu der stationären Palliativbehandlung – eine beträchtliche psychosoziale Unterversorgung. Dabei kommt man sowohl in der Schweiz als auch in Deutschland zum Schluss, dass ein Drittel der Krebspatienten unter psychischen Erkrankungen leiden. Wie die deutsche Studie von Singer zeigt, sind Patienten jüngeren Alters, weiblichen Geschlechts, geringeren Einkommens, Patienten mit aktueller chemotherapeutischer

Ecoplan Forschung und Beratung in Wirtschaft und Politik (2014): Palliative Care und Psychische Erkrankungen. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit; Singer, S., Bringmann, H. Hauss, J., Kortmann, R-D., Köhler, U., Krauss, O. & Schwarz, R. (2007): Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. In: *Dtsch Med Wochenschr*, 132, S. 2071–2076.

Behandlung sowie Patienten mit Tumoren im HNO und Lungenbereich besonders betroffen.⁵³⁴ Gemäss den NCCN-Guidelines wird Distress definiert als ein „*multifaktorielles und unangenehmes Erleben, welches die Bewältigung der Erkrankung und deren Symptome erschweren und den Therapieprozess behindern kann*“.⁵³⁵ Distress äussert sich in einer klinisch unauffälligen Form von erhöhter Vulnerabilität sowie Gefühlen von Trauer und Angst. Jedoch kann Distress auch das Ausmass einer manifesten psychischen Erkrankung (wie z.B. einer Depression) annehmen oder zu einer existentiellen Krise führen.⁵³⁶ Wie die Richtlinien nach NANDA zeigen, stehen „Distress“ und „Spiritual Distress“ in enger Beziehung und Wechselwirkung zueinander. In NANDA⁵³⁷ wird „Spiritual Distress“ als „Erschütterung im Lebensprinzip“ definiert, welche die gesamte menschliche Existenz betrifft und sowohl biologische als auch psychosoziale Aspekte miteinbezieht.

Als auslösende Faktoren von Spiritual Distress nennen Anandarajah und Hight⁵³⁸ Konflikte zwischen dem persönlichen Glaubenssystem und dem Krankheitsgeschehen sowie die Überforderung, Quellen von Sinn, Hoffnung, Liebe, Frieden, Kraft und Verbundenheit zu finden. Wie die Studie von McEvoy et al.⁵³⁹ zeigt, kann Spiritual Distress sowohl verbal als auch nonverbal (z.B. durch Unruhe) zum Ausdruck gebracht werden. In einer australischen Studie mit Krebspatienten⁵⁴⁰ wurde anhand einer Metaanalyse nach Konzepten und „Symptomen“ von Spiritual Distress gesucht. In Bezug auf die Konzeptionen kommt die Studie zum Schluss, dass Spiritual Distress in engem Zusammenhang steht mit Spiritual Pain, Existential Pain and Suffering sowie Total Pain. In Bezug auf messbare Symptome wurden Hoffnungslosigkeit, Leiden, Verlust von Bedeutung und Sinn, fehlendes Kohärenzgefühl, Einsamkeit und fehlende Ziele genannt. Dabei machen die Autoren darauf aufmerksam, dass zwar die Individualität von Leiden grosse Beachtung findet, hingegen der spirituellen und existentiellen Dimension des Leidens kaum Aufmerksamkeit geschenkt wird. Wie eine Längsschnittstudie von Pargament et al. zeigt,⁵⁴¹ besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Spiritual Distress und einem erhöhten Mortalitätsrisiko. Andere Studien berichten über signifikante Zusammenhänge zwischen Spiritual Distress, der therapeutischen compliance des Patienten⁵⁴² und

⁵³⁴ Singer, S., Bringmann, H. Hauss, J., Kortmann, R-D., Köhler, U., Krauss, O. & Schwarz, R. (2007): Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. In: *Dtsch Med Wochenschr*, 132, S. 2071–2076.

⁵³⁵ National Comprehensive Cancer Network, NCCN Guidelines Distress Management, Version 2.2014.

⁵³⁶ Agarwal, J., Powers, K., Pappas, L., Buchmann, L., Anderson, L., Gauchay, L. & Rich, A. (2013): Correlates of elevated distress thermometer scores in breast cancer patients. In: *Support Cancer Care*, 21, S. 2125–2136.

⁵³⁷ North American Nursing Diagnostic Association (NANDA), 1999, S. 67.

⁵³⁸ Anandarajah, G. & Hight, E. (2001). Spirituality and Medical Practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *American Family Physician*, 63, 81–92.

⁵³⁹ McEvoy, M., Schlair, Sh., Sidlo, Z., Burton, W. & Milan, F. (2014): Assessing Third-Year Medical Students' Ability to Address a Patient's Spiritual Distress Using an OSCE Case. In: *Acad Med*, 89, S. 67.

⁵⁴⁰ Best, M. et al. (2014): Assessment of spiritual suffering in the cancer context: A systematic literature review. In: *Palliative and Supportive Care*, S. 1–27.

⁵⁴¹ Pargament, K.I., Koenig, H.G., Tarakeshwar, N. & Hahn, J. (2004): Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. In: *Journal of Health Psychology*, (9:6), S. 713–730.

⁵⁴² Park, C.L. et al. (2008) : Religiousness and treatment adherence in congestive heart failure patients. In: *Journal of Religion, Spirituality and Aging*, (20:4), S. 249–266.

der Anzahl Spitaleinweisungen.⁵⁴³ Wie die Studie von Blanchard et al. zeigt, gibt es auch Disziplinen übergreifende Studien mit Krebspatienten, welche das Ziel verfolgen, die Erfassung von Spiritual Distress sowie die Kommunikation über Symptome unter den verschiedenen Berufsgruppen zu verbessern.⁵⁴⁴ Dabei sind sich die verschiedenen Forschergruppen einig, dass es für zukünftige Projekte relevant sei, Strategien für die Identifikation von Spiritual Distress sowie entsprechende Interventionen weiterzuentwickeln.⁵⁴⁵ Dies umso mehr, als mehrere Studien über positive Zusammenhänge zwischen der Bewältigung von Spiritual Distress und persönlichem Wachstum berichten.⁵⁴⁶

Bedeutung von Spiritual Distress

Wie 2015 an der von Christina Puchalski geleiteten Summer School festgehalten wurde, steht dieses Konzept von Spiritual Distress aus den folgenden Überlegungen sowohl in enger Verbindung mit den Zielsetzungen in der Palliative Care als auch mit den Grundhaltungen einer interprofessionellen Spiritual Care:

1. Spiritual Distress gilt als wissenschaftlich und international anerkanntes Konzept
2. In den Pflegediagnosen wird „Spirituelles Leiden“ schon länger als eigenständige Diagnose aufgeführt, die sich auf die American Nursing Diagnostic Association (NANDA) beruft.
3. Belastungen von Patienten werden durch die Fachpersonen schneller erkannt und lassen eine bessere Kontinuität in Bezug auf verschiedene Behandlungsumfelder zu (z.B. Übertritt vom Spital zur Spitex)
4. Prävention und gezieltere Behandlung von belastenden psychopathologischen Symptomen
5. Ganzheitlichere Betrachtung der Patientensituation durch verbesserte interprofessionelle Kommunikation
6. Verbesserung der Lebensqualität von Patienten
7. Verminderung der Stressbelastung und Verbesserung der Arbeitszufriedenheit von MitarbeiterInnen

Spiritual Distress und Psychische Erkrankungen

Die NCCN hat mit dem Distress Thermometer ein Selbstevaluations-Instrument entwickelt, welches ebenfalls spirituelle und religiöse Belange erfasst. Anhand einer Problemliste werden Patienten gebeten, ihre Probleme unter fünf Kategorien einzuordnen: 1. Praktische Probleme, 2. Familiäre Probleme, 3. Emotionale Probleme, 4. Spirituelle/Religiöse Belange, 5. Körperliche Probleme. Das Distress Thermometer

⁵⁴³ Park, C.L. et al. (2011): Religious struggle as a predictor of subsequent mental and physical well-being in advanced heart failure patients. In: *Journal of Behavioral Medicine*, (34:6), S. 426–436.

⁵⁴⁴ Blanchard, J. et al. (2012): Screening for spiritual distress in the oncology inpatient: a quality improvement pilot project between nurses and chaplains. In: *Journal of Nursing Management*, 20, S. 1076–1084.

⁵⁴⁵ Caldeira, S. et al. (2014): Between spiritual wellbeing and spiritual distress: possible related factors in elderly patients with cancer. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, (22:1), S. 1–11.

⁵⁴⁶ Young, W.C. et al. (2014): Spirituality in the context of life-threatening illness and life-transforming change. In: *Palliative and Supportive Care*, S. 1–8 ; Fish, et al. (2013): Mindfulness-based Cancer Stress Management: impact of a mindfulness-based programme on psychological distress and quality of life. In: *European Journal of Cancer Care*, 23, S. 413–421.

wurde in einer Studie mit Brustkrebspatientinnen validiert⁵⁴⁷ und durch Folgestudien bezüglich seiner Handhabbarkeit und Akzeptanz bei KrebspatientInnen in der Praxis weiter untersucht.⁵⁴⁸ Zugleich stellt sich die Frage, ab wann Distress als natürliche Begleiterscheinung in der Auseinandersetzung mit einer lebensbedrohlichen Krankheit zu betrachten ist, und ab welchem Wert eine Übereinstimmung mit psychopathologischen Symptomen (wie z.B. einer Depression) besteht.

Referenzwerte des Distress-Thermometers

In den verschiedenen Studien besteht ein Konsens darin, Werte von 0-4 als wenig Distress, 5-7 als moderaten Distress und Werte von 8-10 als starken Distress zu bezeichnen.⁵⁴⁹ Wie sich in der Studie von Agarwal et al. an 229 Brustkrebspatientinnen gezeigt hat, besteht eine signifikante Korrelation zwischen dem Wert von Spiritual Distress und der seit der Diagnose vergangenen Zeit. So zeigen Patientinnen, bei denen die Diagnosestellung weniger als ein Monat zurückliegt, deutlich mehr Anzeichen von Distress als Patientinnen, bei denen die Diagnose mehrere Monate zurück liegt.⁵⁵⁰ In der Studie geben 42% der Patientinnen moderate Distress Werte von 4-7 und 20% gar hohe Werte über 7 an. Gemäss univariaten Regressionsanalysen haben Patientinnen mit familiären, emotionalen oder spirituellen Problemen ein vierfach höheres Risiko für einen hohen Distress- Wert von über 7.

Korrelation von Distress mit Depressionen und Angststörungen

Wie sich anhand der Studie zeigt, besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen einem hohen Distress-Wert und Depressionen. Psychiatrische Studien berichten auch über signifikante Zusammenhänge zwischen Spiritual Distress und Angststörungen.⁵⁵¹ In drei weiteren Studien⁵⁵² wird der Anteil von PatientInnen, welche nach längerdauernden Phasen von Distress eine klinisch bedeutsame Angststörung oder Depression entwickeln, auf etwa einen Drittel geschätzt. Gemäss dieser klinischen und epidemiologischen Studie sind Patienten im ersten Monat nach der Diagnose besonders gefährdet, hohe Werte von Distress zu entwickeln. Weiter sind die Risiken auch bei folgenden Patientengruppen erhöht: 1. Patienten mit früheren Episoden von psychischen Erkrankungen, 2. Patienten mit Rezidiven von Krebserkrankungen, 3.

⁵⁴⁷ Hegel, M.T. et al. (2008): Sensitivity and specificity of the distress thermometer for depression in newly diagnosed breast cancer patients. In: *Psychooncology*, (17:6), S. 556–560.

⁵⁴⁸ Hughes, K.L. et al. (2011): Acceptability of the Distress Thermometer and Problem List to community based telephone cancer helpline operators, and to cancer patients and carers. In: *BMC Cancer*, (11:46), S. 1–8.

⁵⁴⁹ Holland, J.C., Anderson, B., Breitbart, W.S., Compas, B., Dudley, M.M., Fleishman, S. et al. (2010): NCCN distress management panel. In: *J Natl Compr Canc Netw*, (8:4), S. 448–485; siehe auch: Agarwal, J., Powers, et al. (2013): Correlates of elevated distress thermometer scores in breast cancer patients. In: *Support Cancer Care*, 21, S. 2125–2136.

⁵⁵⁰ Agarwal, J., Powers, K., Pappas, L., Buchmann, L., Anderson, L., Gauchay, L. & Rich, A. (2013): Correlates of elevated distress thermometer scores in breast cancer patients. In: *Support Cancer Care*, 21, S. 2128.

⁵⁵¹ Soo, H. & Sherman, K.A. (2014): Rumination, psychological distress and post-traumatic growth in women diagnosed with breast-cancer. In: *Psycho-Oncology*, (20:4), S. 1–10.

⁵⁵² Zabora, J. et al. (2012): The prevalence of psychosocial distress by cancer site. In: *Psycho-Oncology* 2001 (10), S. 19–28 ; Chambers, S.K. et al. : Psychological Distress and unmet supportive care needs in cancer patients and carers who contact cancer helplines. In: *European Journal of Cancer Care*, (21), S. 213–223. Fish, J.A. et al. (2013): Mindfulness-based Cancer Stress Management: impact of a mindfulness-based programme on psychological distress and quality of life. In: *European Journal of Cancer Care*, (23), S. 413–421.

arbeitslose Patienten und 4. Patienten aus anderen Kulturkreisen. Da erhöhte Distress- Werte erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität des Patienten haben,⁵⁵³ arbeiten viele Forschergruppen an verbesserten Distress-Screenings. Gestützt auf die NCCN-Guidelines⁵⁵⁴ geht es in unserem Studiendesign nicht darum, religiöse und spirituelle Einstellungen des Patienten „abzufragen“, sondern auf die von Patienten geäußerten Belastungen einzugehen und sie im Kontext der Gesamtsituation zu verstehen. Deshalb plant die Fortsetzung unserer Studie ein anamnestisches Screening von Spiritual Distress. PatientInnen Anzeichen von Spiritual Distress werden in einer interprofessionellen Fallanalyse besprochen. Anhand einer Interventionsplanung sollen bio-psycho-soziale und spirituelle Zusammenhänge sowie die entsprechenden Zuständigkeiten der verschiedenen Fachpersonen nach dem Schema auf der folgenden Seite geklärt werden:

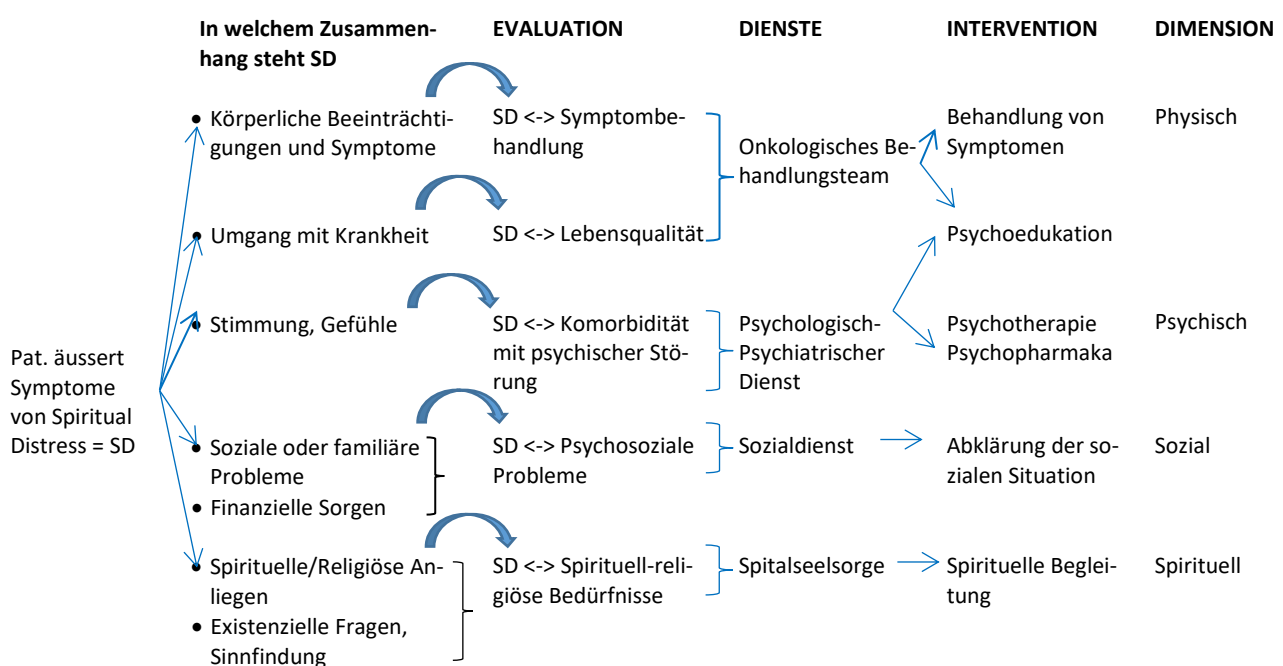


Abbildung 6: Screening zur Erfassung von Spiritual Distress im interprofessionellen Behandlungsteam (in Anlehnung an die NCCN- Guidelines)

Evaluation

Als weiterer Schritt wird gemäss dem Dreischritt von Anamnese – Indikation – Intervention von den verschiedenen Studien eine Evaluation empfohlen. An dieser Stelle stellt sich die Frage, anhand welcher Kriterien sich eine erfolgreiche Intervention in Spiritual Care messen lässt. Analog zu den WHO-Kriterien in der Palliative Care lässt sich auch für Spiritual Care festhalten, dass für schwerkranke

⁵⁵³ Lewis, Sh., Salins, N., et al. (2013): Distress Screening Using Distress Thermometer in Head and Neck Cancer Patients Undergoing Radiotherapy and Evaluation of Causal Factors Predicting Occurrence of Distress. In: *Indian Journal of Palliative Care*, (13:2), S. 88–92.

⁵⁵⁴ National Comprehensive Cancer Network: NCCN Guidelines Distress Management. 2014 (Version 2. 2014).

Patienten eine Verbesserung und Erhaltung bestmöglicher Lebensqualität sowie eine Reduktion von Distress von grosser Bedeutung ist.

8.4 Compassionate Care als Whole System Care

Wie unsere Interviews sowie die beruflichen Belastungen einzelner Fachpersonen deutlich machen, kann sich Mitgefühl nicht alleine auf die Patienten beziehen. Vielmehr integriert Mitgefühl auch die Bedürfnisse der Fachpersonen. In diesem Sinne ist Spiritual Care nicht nur „whole person“, sondern auch „whole system“ Care. Wenn das interprofessionelle Behandlungsteam in der Selbst- und Fremdwahrnehmung von Bedürfnissen und Deutungsprozessen geschult wird, wird dies ebenfalls die Begleitung von Patienten in Entscheidungsfindungsprozessen beeinflussen. Deshalb kann Fachkompetenz in Spiritual Care nicht heissen, theoretische Modelle oder Assessmentinstrumente zu kennen und bei Patienten „anzuwenden“. Vielmehr geht es darum, die eigene Wahrnehmung nicht als absolut, sondern in Beziehung zum „Andern“ zu setzen. Spiritual Care versteht sich deshalb als gelebte Teamkultur, in der sich auch der Caregiver mit seinen Grenzen und persönlichen Bedürfnissen auseinandersetzt. Dies ist deshalb bedeutsam, weil schwerkranke und sterbende Patienten ihre Betreuer immer wieder mit den Grenzen der modernen konfrontieren. Wie die untenstehende Graphik zeigt, geht es in der spirituellen Kompetenz um eine ausgewogene Wechselwirkung von drei verschiedenen Komponenten: 1. der Selbstsorge, 2. der eigenen Rolle im interprofessionellen Team und 3. dem einfühlsamen Eingehen auf Patientenbedürfnisse:

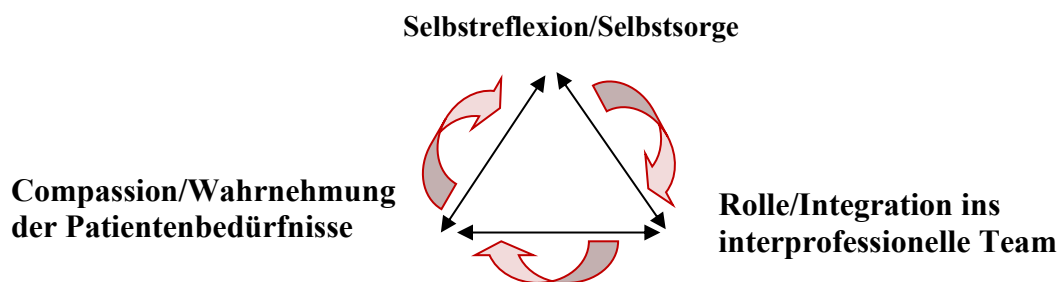


Abbildung 7: Auseinandersetzungsebenen von Spiritual Care

8.5 Interprofessionelle Umsetzung von Spiritual Care in der Onkologie und Palliative Care

Die Umsetzung der im nächsten Kapitel beschriebenen Schulung geschieht in enger Anlehnung an ein internationales Netzwerk von Forschern, die ebenfalls an der Umsetzung von Spiritual Care in ihren Ländern arbeiten. Als Mentorin konnte Prof. Dr. Christina Puchalski, Direktorin des George Washington Instituts for Spirituality and Health in Washington D.C., gewonnen werden. Als Pionierin verfügt sie in den USA über eine breite Erfahrung in der Implementierung und Schulung von Spiritual Care. Die

Qualität von Spiritual Care wird definiert durch die dynamische Wechselwirkung verschiedener Faktoren, die bei der Umsetzung berücksichtigt werden müssen.

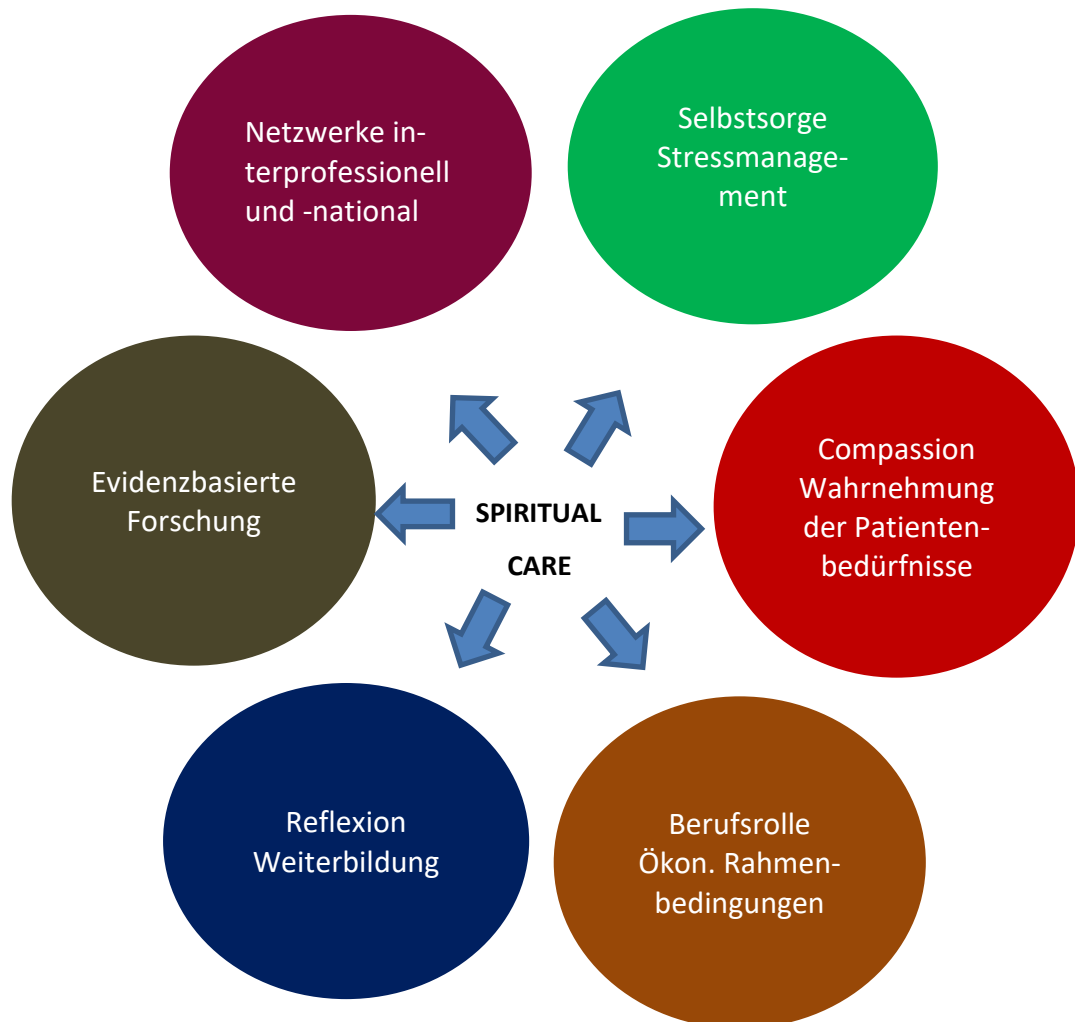


Abbildung 8: Anforderungsprofil für die Auseinandersetzung mit Spiritual Care

8.6 Studiendesign des geplanten Forschungsprojekts am Kantonsspital Baden

Als eines der ersten Praxismodelle in Europa, hatte die Studie 2013 Unterstützung von onkologischen und palliativmedizinischen Fachpersonen verschiedener Schweizer Spitäler gefunden. So stellte uns das Kantonsspital Baden drei Stunden für die Schulung der medizinischen Fachpersonen zur Verfügung, die im onkologischen Ambulatorium und auf der Schwerpunktabteilung Palliative Care arbeiten.

Erste Intervention der geplanten Studie

Unser Konzept besteht aus zwei Interventionsteilen, deren Qualität und Wirkung anhand eines experimentellen qualitativen und quantitativen prä-/post Forschungsdesigns untersucht werden sollten.

Die erste Intervention umfasst eine Schulung in Spiritual Care mit drei Modulen:

1. Grundlagen zur interprofessionellen Zusammenarbeit in Spiritual Care (1 Std.)
2. Reflexion zur individuellen Spiritualität, Selbstsorge und Identität im Dialog mit Fachpersonen aus anderen Berufsgruppen (1 Std.)
3. Fallbeispiel zur interprofessionellen Zusammenarbeit mit Schauspielpatienten (1 Std.)

Zweite Intervention der geplanten Studie

Die zweite Intervention besteht aus interprofessionellen Fallsupervisionen für Fachpersonen, die Patienten mit Spiritual Distress betreuen. Durch diese Intervention soll untersucht werden, wie die in der Schulung erworbenen Kenntnisse bei Patienten in der Praxis umgesetzt werden, und welche Auswirkungen die Interventionen auf die Lebensqualität von unheilbar kranken Krebspatienten haben.

Zusammenfassende Übersicht zum Studiendesign

Die folgende Übersicht bietet eine kurze Zusammenfassung zum Konzept unseres Studiendesigns:

| | |
|-------------------|---|
| Studientyp | 1. Feasibility Studie am Kantonsspital Baden (= Pilotstudie) 2. Multizentrische und prospektive prä-post-Untersuchung 1 + 2 mit zwei Interventionen: a) Schulungsprogramm für MitarbeiterInnen b) Fallsupervisionen für MitarbeiterInnen |
| Titel | Verbesserte Lebensqualität für unheilbar kranke Patienten durch Einbezug ihrer spirituellen Bedürfnisse in den medizinisch-therapeutischen Begleitungsprozess Pilotprojekt zur Implementierung eines interprofessionellen Schulungsprogramms sowie Fallsupervisionen für das Behandlungsteam |
| Hypothese | Die Schulung des interprofessionellen Behandlungsteams sowie die konkrete Umsetzung der Schulungsgrundlagen durch Fallsupervisionen führen zur: a) Verbesserung der therapeutischen Beziehung zwischen Patient und Behandlungsteam b) Verbesserung der von den Patienten wahrgenommenen Lebensqualität und Verminderung der Krankheitsbelastung c) Verbesserung der Arbeitszufriedenheit und Reduktion der Arbeitsbelastung des Behandlungsteams |

| | |
|---|--|
| Studienpopulation im Pilotprojekt am Kantonsspital Baden | 1. PatientInnen: a) der Schwerpunktabteilung Onkologie und Palliative Care am Kantonsspital Baden (prä/post: 2x 50 PatientInnen) b) des Onkologischen Ambulatoriums im Kantonsspital Baden (prä/post 2x100 PatientInnen) 2. MitarbeiterInnen: (ÄrztInnen, Pflegende, Psychologen, SozialarbeiterInnen, Spitalseelsorgende) a) der Schwerpunktabteilung Onkologie und Palliative Care im Kantonsspital Baden b) des Onkologischen Ambulatoriums im Kantonsspital Baden |
| Studienpopulation im multizentrischen Projekt | 1. PatientInnen: a) von onkologischen Zentren in der Schweiz stationär b) von onkologischen Zentren in der Schweiz ambulant 2. MitarbeiterInnen: (ÄrztInnen, Pflegende, Psychologen, SozialarbeiterInnen, Spitalseelsorgende) a) von onkologischen Zentren in der Schweiz stationär b) von onkologischen Zentren in der Schweiz ambulant |
| Ziel/ Perspektive | ➤ Verbesserte Unterstützung und Lebensqualität für unheilbar kranke Patienten durch die Berücksichtigung ihrer spirituellen Bedürfnisse im Spital ➤ Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit und Stressbelastung ➤ Weiterentwicklung eines Schulungs- und Supervisionsprogramms, das sowohl im stationären als auch im ambulanten Behandlungsbereich eingesetzt werden kann |

8.6.1 Hypothesen und Ziele

Ziel dieser Studie ist es, die von der WHO empfohlene vierte Dimension der Spiritualität in das biopsychosoziale Modell zu integrieren. Dies soll über die Integration der Diagnose von „Spiritual Distress“ erfolgen, indem Äusserungen des Patienten zu seiner durch die Krankheit bedrohten Existenz und Sinnfindung aufgegriffen und in den Kontext der medizinisch-therapeutischen Behandlung gestellt werden. Grundlage der Studie ist die Hypothese, dass das Behandlungsteam nach der Schulung vermehrt auf die vom Patienten geäusserten existentiellen Bedrohungen eingeht. Dies wiederum hat einen positiven Einfluss auf die vom Patienten wahrgenommene Unterstützung durch das Behandlungsteam, indem:

-
- a) die therapeutische Beziehung verbessert wird
 - b) die vom Patienten wahrgenommene Lebensqualität und Krankheitsbelastung positiv beeinflusst wird

In Bezug auf das Behandlungsteam gehen wir davon aus, dass sowohl die Auseinandersetzung mit der persönlichen Sinnfindung, der interprofessionelle Austausch im Team als auch die Unterstützung durch die Fallsupervision zu einer Verbesserung von Mitarbeiterzufriedenheit und Stressbelastung führen.

8.6.2 Fragestellungen

Die Fragestellungen basieren auf dem experimentellen Design der Studie, welches bei der Ethikkommission des Kantons Zürich eingereicht worden ist. Die Fragestellungen beinhalten mit den eingefügten Punkten jeweils kurze Angaben dazu, anhand welcher Methoden die Fragestellungen untersucht werden sollen:

a) Auf die Stichprobe des Behandlungsteams bezogene Fragestellungen

1. *Welchen Einfluss hat ein freiwilliges Schulungsprogramm auf die Wahrnehmung der beruflichen Belastung/ Arbeitszufriedenheit der einzelnen Mitarbeiter?*
2. *Welchen Einfluss hat ein freiwilliges Schulungsprogramm auf die interprofessionelle Zusammenarbeit?*
 - Untersuchung anhand eines standardisierten Fragebogens vor und nach der Implementierung einer Mitarbeiterschulung
3. *Wie wirken sich die einzelnen Komponenten des Schulungsprogramms auf das Stressempfinden und die Arbeitszufriedenheit der einzelnen Berufsgruppen in der Begleitung von unheilbar kranken Krebspatienten aus?*
 - Die Mitarbeiterschulung enthält vier Komponenten: 1. kognitive Auseinandersetzung mit Spiritualität 2. Selbstreflexion 3. praktische Umsetzung anhand von simulierten Patientensituationen und 4. Supervision. Diese vier Komponenten sollen durch Korrelationen im standardisierten Fragebogen sowie in den qualitativen Interviews auf ihre Wirkung und Qualität evaluiert werden.
4. *Welchen Einfluss hat das Schulungsprogramm auf den Umgang mit spirituellen Bedürfnissen von Patienten?*
 - Durchführung von Fallanalysen für Fachpersonen, die bei ihren Patienten mit Symptomen von Spiritual Distress konfrontiert sind. Diese Fallanalysen werden in der Fallsupervision erstellt und durch das interprofessionelle Team anhand eines Fragebogens evaluiert. Alle TeilnehmerInnen der Fallsupervision erhalten per Mail einen Online-Kurzfragebogen.

b) Auf die Stichprobe der PatientInnen bezogene Fragestellungen

5. *Verändert sich durch die Schulung des Teams das Vertrauen in den Arzt und das Vertrauen in die medizinische Behandlung (als Hinweis auf eine Veränderung der therapeutischen Beziehung)?*
 - Untersuchung anhand der standardisierten Fragebogenskala VIA (Vertrauen in den Arzt) und transpersonales Vertrauen (TPV) vor und nach der Implementierung der Mitarbeiterschulung.
6. *Hat die Schulung des Behandlungsteams Einfluss auf die vom Patienten wahrgenommene: a) Lebensqualität und Belastung durch Symptome, b) psychosoziale Befindlichkeit c) Vertrauensprozesse und d) Selbstwirksamkeitserwartung?*

8.6.3 Ablauf des Forschungsplans

Die Studie zur Erfassung der Belastungsfaktoren bei Mitarbeitern und der Lebensqualität von Patienten vor und nach der Implementierung eines (freiwilligen) Schulungsprogramms und (freiwilliger) Fallsupervisionen für MitarbeiterInnen umfasst 3 Teilschritte:

1. Prä-Analyse vor der Implementierung des Schulungsprogramms und der Fallanalysen (Kohorte A)

a) MitarbeiterInnen: Erfassung von Arbeitszufriedenheit und beruflicher Belastung nach der Implementierung des Schulungsprogramms: Querschnittsanalyse anhand standardisierter Fragebogen.

b) PatientInnen: Erfassung von Krankheitssymptomen/Belastungen bei der Erstkonsultation (ambulant) resp. bei Spitaleintritt (stationär): Performancestatus und Distress Thermometer durch den behandelnden Arzt

2-3 Monate nach Erstkonsultation (ambulant) resp. nach 1 Woche (stationär):

- 1) Erfassung von Krankheitssymptomen/Belastungen im Therapieverlauf durch den behandelnden Arzt
2. Folgende lebensqualitätsbezogene Parameter werden mittels Fragebogen erfasst (siehe Beschreibung zu den standardisierten Fragebogenskalamen im nächsten Kapitel) :
 - Lebensqualität und ihre Veränderung (FACIT-PAL, HADS-D, NCCN-Distress-Thermometer)
 - psychosoziale Unterstützung und Befindlichkeit (FACIT-PAL)
 - spirituell/- seelisches Wohlbefinden (FACIT-SP, TPV)
 - Vertrauen in den Arzt (VIA)
 - Selbstwirksamkeitserwartung (SWE, SOC)

Messung der Veränderung belastender Krankheitssymptome sowie aktueller Stand der Lebensqualität im Behandlungsverlauf:

-
- 1) Veränderungen bei den vom Arzt erhobenen Daten zu Krankheitssymptomen und Krankheitsbelastungen im Therapieverlauf
 - 2) aktueller Stand der Lebensqualität im Behandlungsverlauf

2. Intervention (freiwillig!)

a) Schulungsprogramm für MitarbeiterInnen

1. Theoretische Grundlagen zu Spiritualität und Gesundheit sowie zur interprofessionellen Zusammenarbeit in Spiritual Care (1 Std.)
2. Selbstreflexion zur eigenen Spiritualität und zum Stressmanagement (1 Std.)
3. Fallbeispiel zur interprofessionellen Zusammenarbeit mit Schauspiel-Patienten (1 Std.)

=Total 3 Std.

Evaluation des Schulungsprogramms durch Befragung der Mitarbeiter mittels Fragebogen

b) Fallanalysen und Supervision für Mitarbeiter

Das Team identifiziert Patienten (**Kohorte X**) mit Spiritual Distress, der die medizinische Behandlung des Patienten möglicherweise in ungünstiger Weise beeinflusst.

Ablauf der Fallvignetten:

Besprechung der pseudonymisierten Patientensituation in einer Fallsupervision mit mind. einem Vertreter von zwei verschiedenen Berufsgruppen (Arzt, Pflege, Psychologe, Spitalseelsorge).

Evaluation der Fallvignetten:

a) bei den MitarbeiterInnen

Alle Teilnehmer der Fallsupervision erhalten per Mail einen Evaluationsfragebogen zugestellt, den sie bei den stationären Patienten bei Spitalaustritt, bei den ambulanten Patienten nach 1 bis max. 2 Monaten ausfüllen.

*b) bei den PatientInnen = **Kohorte X***

Anhand von a) Veränderungen der Krankheitssymptome und der Lebensqualität sowie b) der wahrgenommenen Unterstützung spiritueller Bedürfnisse durch das Behandlungsteam (seit Behandlungsbeginn) wird evaluiert, ob in den Fragebogen ein Unterschied besteht zwischen den in Fallvignetten besprochenen Patienten und den nicht in der Fallvignette besprochenen Patienten nach der Teamschulung.

3. Post-Analyse nach Schulungsprogramm und Fallanalysen (Kohorte B)

a) MitarbeiterInnen: Erfassung von Arbeitszufriedenheit und beruflicher Belastung nach der Implementierung des Schulungsprogramms: Querschnittsanalyse anhand standardisierter Fragebogen.

b) PatientInnen: Erfassung von Krankheitssymptomen/Belastungen bei der Erstkonsultation (ambulant) resp. bei Spitaleintritt (stationär): Performancestatus und Distress Thermometer durch den behandelnden Arzt

2-4 Monate nach Erstkonsultation (ambulant) resp. nach 1 Woche (stationär)

3. Erfassung von Krankheitssymptomen/Belastungen im Therapieverlauf durch den behandelnden Arzt

4. Folgende lebensqualitätsbezogene Parameter werden mittels Fragebogen erfasst (siehe Beschreibung zu den standardisierten Fragebogensystemen im nächsten Kapitel) :

- Lebensqualität und ihre Veränderung (FACIT-PAL, HADS-D, NCCN-Distress-Thermometer)
- psychosoziale Unterstützung und Befindlichkeit (FACIT-PAL)
- spirituell/- seelisches Wohlbefinden (FACIT-SP, TPV)
- Vertrauen in den Arzt (VIA)
- Selbstwirksamkeitserwartung (SWE, SOC)

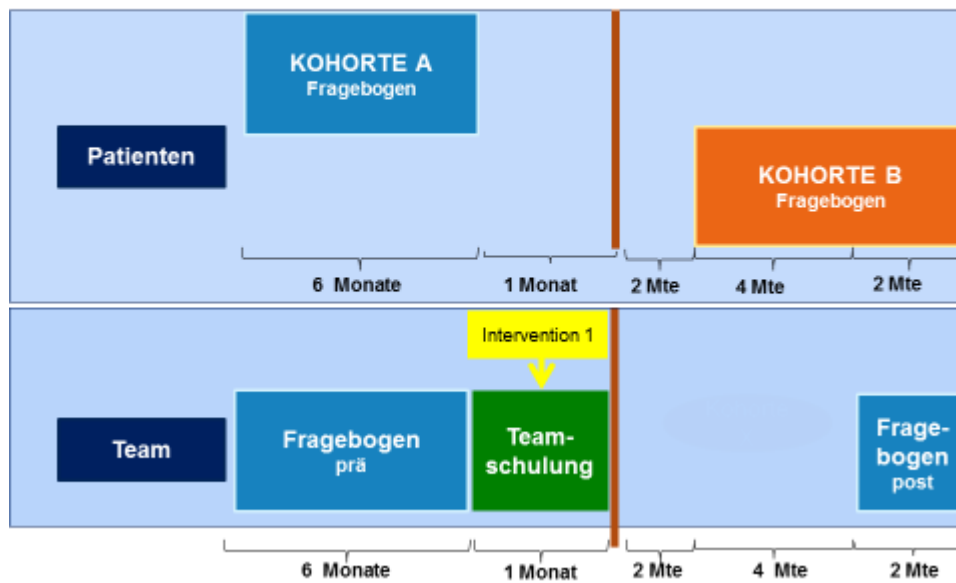
Messung der Veränderung belastender Krankheitssymptome sowie aktueller Stand der Lebensqualität im Behandlungsverlauf:

- 1) Veränderungen bei den vom Arzt erhobenen Daten zu Krankheitssymptomen und Krankheitsbelastungen im Therapieverlauf
- 2) aktueller Stand der Lebensqualität im Behandlungsverlauf

Zusammenfassender Projektüberblick

Die Darstellung auf den folgenden beiden Seiten soll einen zusammenfassenden Überblick über den Ablauf des Forschungsprojekts geben:

Forschungsplan ambulante Patienten



Intervention 1

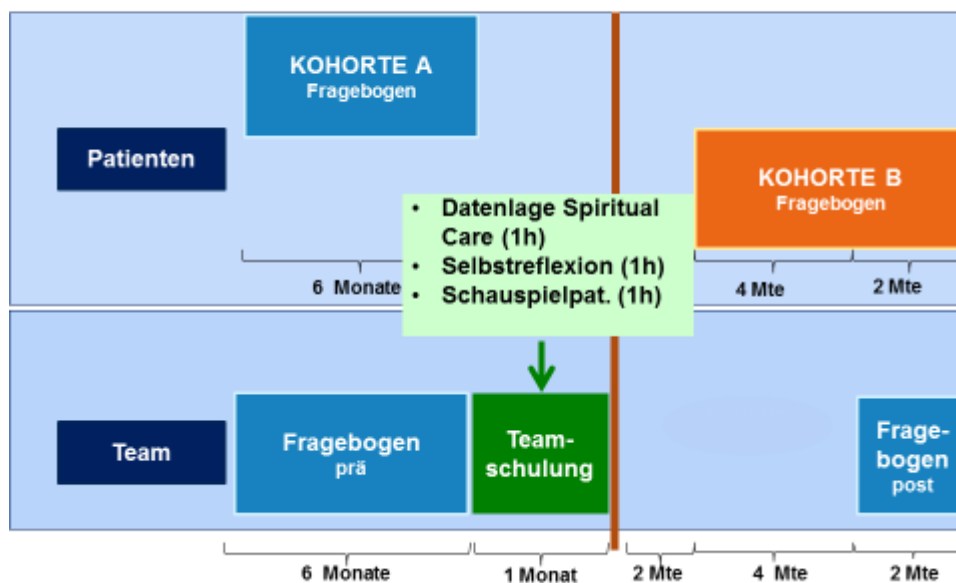
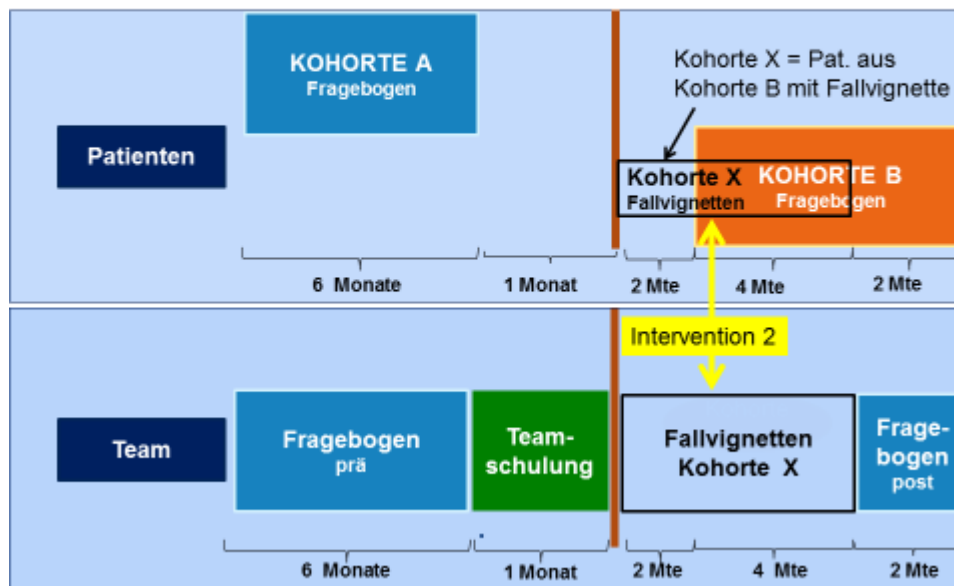


Abbildung 10: Forschungsplan mit Intervention 1: Schulung

Intervention 2



Fallvignetten

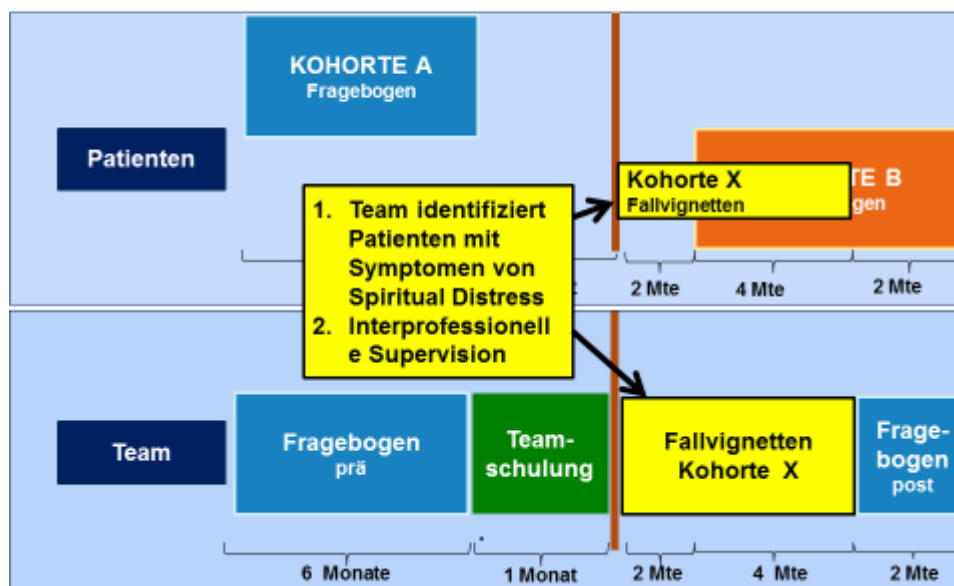


Abbildung 11: Forschungsplan mit Intervention 2: Fallvignetten

8.6.4 Gütekriterien

Das Forschungsprojekt wurde nach den Richtlinien der empirischen Sozialforschung in fünf Phasen gegliedert:⁵⁵⁵

- Formulierung und Präzisierung der Forschungsfrage
- Planung und Vorbereitung der Erhebung
- Datenerhebung
- Datenaufbereitung
- Datenauswertung

Als Erhebungsinstrumente wurden folgende standardisierte und validierte Fragebogen gewählt, die für den ausgewählten Themenbereich den aktuellen und gängigen Standards entsprechen:

a) Patientenfragebogen

Deutsche Version des NCCN-Distress-Thermometers © Anja Mehnert et al. 2006

Das NCCN Distress-Thermometer ist ein vom National Comprehensive Cancer Network (NCCN) entwickeltes Screening-Instrument zur Erfassung psychosozialer Belastungen bei onkologischen Patienten. Es besteht aus einer Skala von 0 bis 10 und einer Problemliste als Überweisungsschema zu entsprechenden professionellen Diensten. International wird ein Cut-off-Wert von 5 als Signal empfohlen, dass ein Patient auffällig belastet ist und Unterstützung benötigt. Die deutsche Adaptation erfolgte an einer Stichprobe von n = 475 Krebspatienten in der onkologischen Rehabilitation.⁵⁵⁶ Das Instrument wird in der Schweiz inzwischen in verschiedenen onkologischen Zentren als Qualitäts-Standardinstrument eingesetzt und gilt als wichtige Qualitätssicherung für die Zertifizierung.

FACIT-PAL/G sowie FACIT-SP © www.facit.org 1997

Der Fragebogen hat zum Ziel, die Lebensqualität von Krebspatienten zu erfassen. Der Fragebogen wurde in verschiedene Sprachen übersetzt und validiert.⁵⁵⁷ Er erfasst die Teilbereiche körperliches Wohlbefinden, das Verhältnis zu Freunden, Bekannten und Familie, das seelische Wohlbefinden sowie die Funktionsfähigkeit. Die in dieser Studie ebenfalls verwendete FACIT-Sp Skala besteht aus 12 Items für die Bereiche ‚spirituelle‘ sowie ‚religiöse Belange‘. Für beide Subskalen und den Gesamtscore

⁵⁵⁵ Reincke, J. (2014): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Grundlagen der standardisierten Befragung.

⁵⁵⁶ Mehnert, A., Müller, D., Lehmann, C. & Koch, U. (2006). Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers. Empirische Prüfung eines Screening-Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 54 (3), 2006, 213–223.

⁵⁵⁷ Der Fragebogen ist über die Homepage: www.facit.org in verschiedenen Sprachen erhältlich.

wurden in verschiedenen Patientenkollektiven gute interne Konsistenzen (Cronbach-Alpha $\geq .80$) und ausserdem Hinweise auf konvergente und diskriminante Validität ermittelt.⁵⁵⁸

Fragebogen zur Selbstwirksamkeitserwartung SWE © Jerusalem und Schwarzer

Der Fragebogen misst die optimistische Kompetenzerwartung. Diese meint das Vertrauen, eine schwierige Lage zu meistern, wobei der Erfolg der eigenen Kompetenz zugeschrieben wird. Im Laufe von zwei Jahrzehnten haben zahlreiche Studien gute psychometrische Kennwerte für die Skala hervorgebracht. Beim Vergleich von 23 Nationen streuten die internen Konsistenzen (Cronbachs alpha) zwischen .76 und .90, in allen deutschen Stichproben zwischen .80 und .90.⁵⁵⁹

HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale Deutsche Version © R.P. Snaith und A.S. Zigmond

Die HADS-D dient der Erfassung von Angst und Depression bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen oder (möglicherweise psychogenen) Körperbeschwerden. Das Verfahren kann als Screening-Verfahren sowie zur dimensional Schweregradbestimmung, auch in der Verlaufsbeurteilung, eingesetzt werden. Zusätzlich zu den bei kardiologischen Patienten erhobenen Normen werden in der vorliegenden Neuauflage auch repräsentative Bevölkerungsnormen präsentiert. Das Cronbachs Alpha und die Split-Half-Reliabilitäten liegen für beide Subskalen bei je 0.8. Die HADS und ihre Übersetzungen wurden umfangreich validiert. Die 2-faktorielle Struktur mit je einem Angst- und Depressionsfaktor wird in diversen Publikationen bestätigt.⁵⁶⁰

Vertrauen in den Arzt VIA, deutsche Fassung © Glattacker et al. 2017

Das Vertrauen der Patienten in ihren Arzt wird als Kernelement der Arzt-Patienten-Beziehung und als Prädiktor gesundheitsbezogener Outcomes beschrieben. Die Werteverteilungen der Skala weisen mit einem Prozentsatz fehlender Werte auf Einzelitemebene zwischen 1,4 und 8,8% auf eine gute Akzeptanz und Praktikabilität. Cronbach's –Alpha kann mit 0.9 als gut bezeichnet werden. Der Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit deutet mit Korrelationskoeffizienten bis zu 0.59 auf die Validität und Eigenständigkeit des Konstrukts hin.⁵⁶¹

Fragebogen zum Transpersonalen Vertrauen TPV © Beschner 1999

Die Skala zum Transpersonalen Vertrauen bildet die Bereitschaft des Menschen ab, sich für einen neuen und ganzheitlicheren Bewusstseinsraum zu öffnen. Der Fragebogen wurde an einer

⁵⁵⁸ siehe Zwingmann, Ch. & Klein, C. (2012). Deutschsprachige Fragebögen zur Messung von Religiosität/Spiritualität. Zeitschrift Spiritual Care, 2012, Jahrgang 1, S. 17.

⁵⁵⁹ Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. Abgerufen unter: http://psymet03.sowi.uni-mainz.de/download/Lehre/SS2010/SPSSKurs/Termin_1/SWE_Beschreibung.pdf, zuletzt am 07.12.2018.

⁵⁶⁰ siehe weitere Angaben zum Manual unter: <https://www.testzentrale.ch/shop/hospital-anxiety-and-depression-scale-deutsche-version-69320.html>, zuletzt abgerufen am 07.12.2018.

⁵⁶¹ siehe Angaben dazu beim Thieme-Verlag unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-2007-940008.pdf>, zuletzt abgerufen am 07.12.2018.

Patientengruppe mit psychiatrischer Behandlung validiert. Dabei zeigten sich eine hohe interne Konsistenz (Cronbach-Alpha = .93), geringe Zusammenhänge mit konstruktfernen gesundheitspsychologischen Skalen und eine gute Eignung zum Nachweis von Behandlungseffekten.⁵⁶²

Sense of Coherence Scale SOC © Jörg Schumacher & Elmar Brähler 2000

Der Fragebogen baut auf den Grundlagen von Aaron Antonovskys Salutogenese auf. Diese beschäftigt sich mit den Faktoren, die den Menschen gesund halten. Das Kohärenzgefühl (sense of coherence) ist eine Grundüberzeugung, dass das Leben sinnvoll ist und man es erfolgreich meistern kann, auch wenn es immer wieder kurzfristig zu Problemen kommen kann. Die Skala wurde seit ihrer Veröffentlichung in 44 Sprachen übersetzt und umfangreich auf ihre psychometrische Qualität hin untersucht. In den empirischen Studien werden für die Gesamtskala (SOC-29) überwiegend gute bis sehr gute interne Konsistenzen berichtet (Cronbach's Alpha zwischen .82 und .95). Die faktorielle Validität erwies sich als schwieriger, da die Ergebnisse verschiedener Studien entweder für das Vorliegen eines Generalfaktors oder für eine Drei-Faktor-Lösung sprechen.⁵⁶³

Kürzung des Fragebogens

Wie in Kapitel 10.1 festgehalten ist, wurde der Fragebogen acht Monate nach Beginn der Rekrutierung bis auf die Deutsche Fassung des Distress-Thermometers gekürzt. Zusätzlich zum Distress Thermometer sollte der ohnehin bei Patienteneintritt standardisiert durchgeführte Performancestatus in den Fragebogen integriert werden. Dieser umfasst die Erfassung belastender körperlicher Symptome sowie Funktionseinschränkungen. Diese Kürzung mit entsprechendem Amendment bei der Ethikkommission hatte zum Ziel, die Hürden für die Studienteilnahme bei den PatientInnen zu reduzieren und sie dadurch für die Studienteilnahme zu gewinnen. Die Überlegungen dazu sind in Kapitel 9 beschrieben.

Auf der folgenden Seite ist nochmals die Originalfassung unseres Fragebogens abgebildet, wie er in Kooperation mit dem Kantonsspital Baden konzipiert und durch die Ethikkommission des Kantons Zürich bewilligt worden ist.

⁵⁶² Hundt, U. (2006). Spirituelle Wirkprinzipien in der Psychotherapie, S. 102 ff.

⁵⁶³ Siehe dazu die Ausführungen in Singer und Brähler (2012). Die Sense of Coherence Scale. Testhandbuch zur deutschen Version. Vandenhoeck & Rupprecht, S. 38ff.



Fragebogen zur Lebensqualität und zu den Bedürfnissen von Patienten

Ein Nationalfondsprojekt-Projekt am Theologischen Seminar der Universität Zürich beschäftigt sich in Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Baden mit der Frage, wie die Lebensqualität von Patienten verbessert werden kann. Anhand eines Fragebogens möchten wir herausfinden, welche Faktoren zur Lebensqualität beitragen, und wie wir diese in die medizinische Behandlung integrieren können. Dabei ist es uns in der Begleitung unserer Patienten wichtig, bei der Behandlung der Erkrankung und der körperlichen Symptome auch hilfreiche Ressourcen im Lebensumfeld unterstützen zu können.

Mit dem Ausfüllen des Fragebogens tragen Sie zu einer verbesserten und ganzheitlicheren Behandlung und Begleitung von Patienten bei. Möglicherweise wird die Auseinandersetzung mit den Fragen auch Ihnen helfen, wichtige Ressourcen bei sich zu entdecken.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Alle im Rahmen der Befragung anfallenden Daten werden **streng vertraulich** behandelt und nur in **anonymisierter Form** ohne Angabe von Namen und Adresse bearbeitet. Anhand der drei ersten Fragen erhält Ihr Fragebogen einen Code, den nur Sie kennen. Indem Sie den Fragebogen im frankierten Antwortcouvert direkt an die Universität Zürich schicken, kann kein Zusammenhang zu Ihrer Person und Krankenakte hergestellt werden. Die Fragebogen bleiben an der Universität Zürich sicher verwahrt und sind weder für die Mitarbeiter Ihres Spitals noch für andere Drittpersonen zugänglich. **Die Belange der Schweigepflicht und des Datenschutzes werden gewahrt.**

Bitte lesen Sie sich die Fragen gut durch. Es gibt keine „richtigen“ und „falschen“ Antworten. Bitte kreuzen Sie pro Frage jeweils nur ein Feld an. Wenn Sie den Fragebogen zügig beantworten, benötigen Sie ca. 15-20 Minuten.

Für Ihre Unterstützung danken wir Ihnen ganz herzlich!

Die ersten zwei Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter: _____ z.B. ROSA = RO

Die letzten zwei Ziffern Ihrer Telefonnummer: _____ z.B. 315 22 14 = 14

Der letzte Buchstabe Ihres Wohnorts: _____ z.B. BINZEN = N

Alter: _____ **Geschlecht:** ☐ weiblich ☐ männlich

Zivilstand: ☐ verheiratet ☐ in fester Partnerschaft ☐ ledig ☐ geschieden/getrennt lebend

Berufsabschluss: ☐ Berufslehre ☐ Studium an der Universität/Fachhochschule ☐ andere

Religionszugehörigkeit: ☐ christlich ☐ jüdisch ☐ muslimisch ☐ andere ☐ keine

Wie werden Sie hier im Spital behandelt?

☐ stationär auf einer Abteilung ☐ ambulant



Wie lange leiden Sie an Ihrer Erkrankung? ☐ weniger als 2 Monate ☐ 3-6 Monate ☐ 7-12 Monate
☐ mehr als 1 Jahr

Werden Sie zum ersten Mal in diesem Spital behandelt?

☐ ja ☐ nein

Wenn Nein, wurden Sie wegen derselben Erkrankung bereits in diesem Spital behandelt?

☐ ja ☐ nein

| | |
|---|---|
| Bitte kreisen Sie am linken Thermometer die Zahl ein (0-10), die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschliesslich heute gefühlt haben: | Wie bewerten Sie Ihre Lebensqualität in der letzten Woche einschliesslich heute? Bitte kreisen Sie die entsprechende Zahl (0-10) am rechten Thermometer ein: |
|  <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> 10= extrem belastet 0 = gar nicht belastet </div> |  <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> 10= sehr hohe Lebensqualität 0= keine Lebensqualität </div> |

Bitte kreuzen Sie den Zahlenwert an, der Ihr aktuelles Empfinden am besten beschreibt:

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------------|
| kein Schmerz | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | schlimmst möglicher Schmerz |
| keine Müdigkeit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | schlimmst mögliche Müdigkeit |
| Keine Übelkeit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | schlimmst mögliche Übelkeit |
| keine Traurigkeit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | schlimmst mögliche Traurigkeit |
| keine Angst | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | schlimmst mögliche Angst |
| keine Benommenheit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | schlimmst mögliche Benommenheit |
| bester Appetit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | schlimmst mögliche Appetitlosigkeit |
| bestes Allgemeinbefinden | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | schlimmst mögliches Allgemeinbefinden |
| keine Atemnot | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | schlimmst mögliche Atemnot |

ESAS

Bitte geben Sie an, ob Sie in einem der nachfolgenden Bereiche in der letzten Woche einschliesslich heute Probleme hatten. Kreuzen Sie für jeden Bereich JA oder NEIN an.

| | | | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Wohnsituation | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | Traurigkeit | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Versicherung | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | Depression | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Arbeit/Schule | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | Nervosität | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Beförderung (Transport) | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | Verlust des Interesses an Aktivitäten | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Kinderbetreuung | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | religiös-spirituelle Fragen | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Umgang mit dem Partner | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | Verlust des Glaubens | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Umgang mit den Kindern | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | | | |
| Sorgen | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | | | |
| Ängste | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | | | |

NCCN 2003 Distress Thermometer



| Bitte geben Sie jeweils an, wie sehr jede der folgenden Aussagen im Laufe der letzten 7 Tage auf Sie zugetroffen hat, indem Sie die entsprechende Zahl ankreuzen. | | überhaupt nicht | ein wenig | mäßig | ziemlich | sehr |
|---|---|-----------------|-----------|-------|----------|------|
| Fragen zu Ihrem körperlichen Wohlbefinden | | | | | | |
| OP1 | Mir fehlt es an Energie. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| OP2 | Wegen meiner körperlichen Verfassung habe ich Schwierigkeiten, den Bedürfnissen meiner Familie gerecht zu werden. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| OP3 | Die Nebenwirkungen der Behandlung machen mir zu schaffen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| OP6 | Ich fühle mich krank. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| OP7 | Ich muss zeitweilig im Bett bleiben. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

FACT-PAL © www.fcit.org

| Fragen zum Verhältnis zu Freunden, Bekannten und Ihrer Familie | | überhaupt nicht | ein wenig | mäßig | ziemlich | sehr |
|--|---|-----------------|-----------|-------|----------|------|
| OS1 | Ich stehe meinen Freunden nahe. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| OS2 | Ich bekomme seelische Unterstützung von meiner Familie. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| OS3 | Ich bekomme Unterstützung von meinen Freunden. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| OS4 | Meine Familie hat meine Krankheit akzeptiert. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| OS5 | Ich bin damit zufrieden, wie wir innerhalb meiner Familie über die Krankheit reden. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| OS6 | Ich fühle mich meinem Partner/meiner Partnerin oder der Person, die mir am nächsten steht, eng verbunden. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| PSK 16 | Ich fühle mich ausreichend über soziale/finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten informiert. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

FACT-PAL © www.fcit.org

| Seelisches Wohlbefinden | | überhaupt nicht | ein wenig | mäßig | ziemlich | sehr |
|-------------------------|--|-----------------|-----------|-------|----------|------|
| OS1 | Ich bin traurig. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| OS2 | Ich bin damit zufrieden, wie ich meine Krankheit bewältige. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| OS3 | Ich verliere die Hoffnung im Kampf gegen meine Krankheit. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| OS4 | Ich bin nervös. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| OS5 | Ich mache mir Sorgen über den Tod. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| OS6 | Ich mache mir Sorgen, dass sich mein Zustand verschlechtert. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

FACT-PAL © www.fcit.org

| Funktionsfähigkeit | | überhaupt nicht | ein wenig | mäßig | ziemlich | sehr |
|--------------------|---|-----------------|-----------|-------|----------|------|
| OP1 | Ich bin in der Lage zu arbeiten (auch Arbeit zu Hause). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| OP2 | Meine Arbeit (auch die zu Hause) füllt mich aus. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| OP3 | Ich kann mein Leben genießen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| OP4 | Ich habe mich mit meiner Krankheit abgefunden. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| OP5 | Ich schlafe gut. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| OP6 | Ich kann meine Freizeit genießen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| OP7 | Ich bin derzeit mit meinem Leben zufrieden. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

FACT-PAL © www.fcit.org

| Bitte geben Sie jeweils an, wie sehr jede der folgenden Aussagen im Laufe der letzten 7 Tage auf Sie zugetroffen hat, indem Sie die entsprechende Zahl ankreuzen. | | überhaupt nicht | ein wenig | mäßig | ziemlich | sehr |
|---|--|-----------------|-----------|-------|----------|------|
| SP1 | Ich lebe in Frieden mit mir selbst. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| SP2 | Ich habe einen Grund zu leben. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| SP3 | Ich habe in meinem Leben viel erreicht. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| SP4 | Ich habe Mühe, innere Ruhe zu finden. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| SP5 | Ich sehe einen Sinn in meinem Leben. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| SP6 | Ich kann in mir Trost finden. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| SP7 | Ich fühle eine innere Harmonie. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| SP8 | Mein Leben ist ohne Sinn und Zweck. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| SP9 | Ich finde Trost in meinem Glauben. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| SP10 | Ich finde Kraft in meinem Glauben. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| SP11 | Mein Glaube wurde durch die Krankheit gestärkt. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| SP12 | Ich weiss, dass alles gut sein wird, egal wie sich meine Krankheit entwickelt. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| FBK 18 | Ich habe zu wenige Möglichkeiten, mit einer Fachperson über seelische Belastungen zu sprechen. Ich hätte mir ein Gespräch gewünscht mit: <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin, <input type="checkbox"/> Pflege, <input type="checkbox"/> Psychologe/in oder <input type="checkbox"/> Seelsorger/in | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

FACIT-Spiritual Wellbeing-Scale © www.facit.org; FBK, Herschbach, Marten-Mittag & Henrich 2003.

| Bitte beurteilen Sie bei den nun folgenden Aussagen, wie sehr jede Aussage auf Sie persönlich zutrifft. | | stimmt nicht | stimmt kaum | stimmt eher | stimmt genau |
|---|---|--------------|-------------|-------------|--------------|
| SW01 | Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| SW02 | Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| SW03 | Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| SW04 | In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| SW05 | Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| SW06 | Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| SW07 | Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| SW08 | Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| SW09 | Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| SW10 | Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern. | 0 | 1 | 2 | 3 |

© SWE, Jerusalem & Schwarzer (1981, 1999)



| | |
|---|--|
| Wir bitten Sie, jede Frage so zu beantworten, wie es für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutrif. | |
| Ich fühle mich angespannt oder überreizt. <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit/gelegentlich <input type="checkbox"/> überhaupt nicht | Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst. <input type="checkbox"/> fast immer <input type="checkbox"/> sehr oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> überhaupt nicht |
| Ich kann mich heute noch so freuen wie früher. <input type="checkbox"/> ganz genauso <input type="checkbox"/> nicht ganz so sehr <input type="checkbox"/> nur noch ein wenig <input type="checkbox"/> kaum oder gar nicht | Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend. <input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ziemlich oft <input type="checkbox"/> sehr oft |
| Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte. <input type="checkbox"/> ja, sehr stark <input type="checkbox"/> ja, aber nicht allzu stark <input type="checkbox"/> etwas, aber es macht mir keine Sorgen <input type="checkbox"/> überhaupt nicht | Ich habe das Interesse an meiner äusseren Erscheinung verloren. <input type="checkbox"/> ja, stimmt genau <input type="checkbox"/> ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte <input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit/gelegentlich <input type="checkbox"/> überhaupt nicht |
| Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen. <input type="checkbox"/> ja, so viel wie immer <input type="checkbox"/> nicht mehr ganz so viel <input type="checkbox"/> inzwischen viel weniger <input type="checkbox"/> überhaupt nicht | Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein. <input type="checkbox"/> ja, tatsächlich sehr <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> nicht sehr <input type="checkbox"/> überhaupt nicht |
| Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf. <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit/gelegentlich <input type="checkbox"/> überhaupt nicht | Ich blicke mit Freude in die Zukunft. <input type="checkbox"/> ja, sehr <input type="checkbox"/> eher weniger als früher <input type="checkbox"/> viel weniger als früher <input type="checkbox"/> kaum bis gar nicht |
| Ich fühle mich glücklich. <input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> meistens | Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand. <input type="checkbox"/> ja, tatsächlich sehr oft <input type="checkbox"/> ziemlich oft <input type="checkbox"/> nicht sehr oft <input type="checkbox"/> überhaupt nicht |
| Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen. <input type="checkbox"/> ja, natürlich <input type="checkbox"/> gewöhnlich schon <input type="checkbox"/> nicht oft <input type="checkbox"/> überhaupt nicht | Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen. <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> eher selten <input type="checkbox"/> sehr selten |

HADS-D, R.P. Snaith und A.S. Zigmond



| Bitte kreuzen Sie in dem Kästchen rechts neben jeder Aussage an, wie sehr diese Aussage auf Sie zutrifft: | | trifft überhaupt nicht zu | trifft eher nicht zu | trifft teils zu, teils nicht | trifft eher zu | trifft voll und ganz |
|---|--|---------------------------|----------------------|------------------------------|----------------|----------------------|
| VIA 1 | Ich habe den Eindruck, dass sich mein Arzt/meine Ärztin wirklich um mich als Mensch sorgt. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| VIA 2 | Mein Arzt nimmt gewöhnlich Rücksicht auf meine Bedürfnisse und stellt sie allem anderen voran. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| VIA 3 | Ich vertraue meinem Arzt so sehr, dass ich immer versuche, seine Ratschläge zu befolgen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| VIA 4 | Wenn mir mein Arzt sagt, etwas sei so, dann ist das auch wahr. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| VIA 5 | Manchmal misstrauere ich der Meinung meines Arztes und würde gerne eine zweite Meinung hören. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| VIA 6 | Ich vertraue den Entscheidungen meines Arztes hinsichtlich meiner medizinischen Behandlung. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| VIA 7 | Ich habe das Gefühl, dass mein Arzt alles tut, was er für meine Behandlung tun sollte. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| VIA 8 | Ich kann darauf vertrauen, dass mein Arzt bei meiner Behandlung meine medizinischen Bedürfnisse über alle anderen Überlegungen stellt. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| VIA 9 | Mein Arzt ist ein wirklicher Experte bei der Behandlung von medizinischen Problemen wie meinen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| VIA 10 | Ich kann darauf vertrauen, dass mein Arzt es mir sagt, wenn in meiner Behandlung ein Fehler gemacht wurde. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| VIA 11 | Manchmal mache ich mir Sorgen, dass mein Arzt die Dinge, die wir besprechen, nicht für sich behält. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

©TPS Originalfassung: Anderson and Dedrick (1990), VIA deutsche Fassung durch Gietzacker et al. 2007

| Bitte kreuzen Sie in dem Kästchen rechts neben jeder Aussage an, wie sehr diese Aussage auf Sie zutrifft: | | gar nicht | eher weniger | mittel | eher mehr | voll und ganz |
|---|--|-----------|--------------|--------|-----------|---------------|
| TPV 1 | Ich fühle mich mit einer höheren Wirklichkeit/mit einem höheren Wesen/Gott verbunden. Darauf kann ich auch in schweren Zeiten vertrauen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| TPV 2 | Ich versuche, mich der Hand Gottes/eines höheren Wesens/einer höheren Wirklichkeit anzuvertrauen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| TPV 3 | Wir Menschen können nicht alles bestimmen. Es gibt eine höhere Wirklichkeit/ein höheres Wesen/Gott, dem ich mich anvertrauen kann. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| TPV 4 | Manchmal habe ich den Eindruck, dass ich in meinem Leben aus einer höheren Einsicht heraus geführt werde. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| TPV 5 | Religiöse Praktiken (z.B. Beten, Mantren sprechen, geistige Lieder singen, meditieren) helfen mir in schwierigen Situationen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| TPV 6 | Meine Seele lebt auch nach dem Tod weiter. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| TPV 7 | Ich bin Teil eines grossen Ganzen, in dem ich geborgen bin. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

6

Patientenfragebogen Version 2 13.03.2015

| Bitte kreuzen Sie in dem Kästchen rechts neben jeder Aussage an, wie sehr diese Aussage auf Sie zutrifft: | | gar nicht | eher weniger | mittel | eher mehr | voll und ganz |
|---|---|-----------|--------------|--------|-----------|---------------|
| TPV 8 | Ich bezeichne mich als religiös, auch wenn ich keiner Glaubensgemeinschaft angehöre. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| TPV 9 | Ich bin ein Mensch mit Körper und Intellekt. Und ich bin auch untrennbar mit dem Kosmos verbunden. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| TPV 10 | Es gibt in einem Menschenleben manches Glück oder Unglück, das meine Möglichkeiten des Erklärens und Verstehens übersteigt. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| TPV 11 | Ich habe schon die Erfahrung gemacht, dass ich mich mit der Welt und dem Kosmos eins fühle. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

TPV, Beschner 1999

Hier finden Sie eine Reihe von Fragen, die sich auf verschiedene Aspekte des Lebens beziehen. Bitte kreuzen Sie die Zahl an, welche Ihrer Antwort entspricht, wobei die Zahlen 1 und 7 Extremantworten darstellen. Bitte kreuzen Sie immer **nur eine Zahl pro Frage** an!

12. Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?

selten oder nie 1 2 3 4 5 6 7 sehr oft

16. Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie eine Quelle ...

tiefer Freude und Befriedigung 1 2 3 4 5 6 7 von Schmerz und Langeweile

19. Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?

sehr selten oder nie 1 2 3 4 5 6 7 sehr oft

21. Kommt es vor, dass sie Gefühle in sich spüren, die Sie lieber nicht hätten?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 selten oder nie

25. Viele Leute - auch solche mit einem starken Charakter - fühlen sich in bestimmten Situationen wie traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

nie 1 2 3 4 5 6 7 sehr oft

26. Wenn etwas passiert, hatten Sie im Allgemeinen den Eindruck, dass Sie dessen Bedeutung ...

über- oder unterschätzten 1 2 3 4 5 6 7 richtig einschätzen

28. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im täglichen Leben tun, eigentlich wenig Sinn haben?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

29. Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie sich nicht sicher sind, ob Sie sie unter Kontrolle halten können?

selten oder nie 1 2 3 4 5 6 7 sehr oft

14. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, ist es dann sehr oft so, dass....

Sie spüren, wie schön es ist zu leben? 1 2 3 4 5 6 7 Sie sich fragen, wieso Sie überhaupt leben?

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20. Wenn Sie etwas tun, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt, | | | | | | | | |
| dann ist das bestimmt so, dass Sie sich auch weiterhin gut fühlen werden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Dann wird bestimmt etwas passieren, dass dieses Gefühl wieder verdirbt. |
| 22. Sie erwarten für die Zukunft, dass Ihr eigenes Leben ... | | | | | | | | |
| ohne jeden Sinn und Zweck sein wird | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | voller Sinn und Zweck sein wird |
| 27. Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, denen Sie bei wichtigen Dingen im Leben wohl begegnen werden, haben Sie das Gefühl, dass ... | | | | | | | | |
| es ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu überwinden? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sie es nicht schaffen werden, die Schwierigkeiten zu überwinden? |

80043 © Jörg Schumacher & Elmar Brähler, Universität Leipzig (2000)

Was hat Ihnen **am meisten** geholfen bei der Bewältigung der Krankheit und der Krankheitssymptome? (bitte kreuzen Sie **max. 3** Antworten an)

☐ Medikamente

☐ Gespräche mit dem Personal: ☐ Pflege ☐ Ärzten ☐ Psychologen ☐ Seelsorge ☐ Sozialarbeiter

☐ sonstige Therapien (z.B. Physiotherapie, Massage etc.) welche: _____

☐ soziales Umfeld (Familie und Freunde)

☐ persönliches Nachdenken/persönliche Auseinandersetzung

☐ spirituelle/religiöse Auseinandersetzung

Wenn die spirituelle/religiöse Auseinandersetzung für Sie wichtig war- Haben Sie sich durch das Krankenhaus-Team bzw. einzelne Personen des Teams hinsichtlich Ihrer oben genannten religiös-spirituellen Auseinandersetzung unterstützt gefühlt?

☐ ja, sehr ☐ ja, etwas ☐ eher nein ☐ nein, gar nicht ☐ war mir nicht wichtig

→ Wenn JA, welcher Berufsgruppe gehörten diese Personen an?

☐ Pflegende ☐ Ärzte ☐ Psychologen ☐ Seelsorge ☐ Sozialarbeiter

☐ andere: _____ ☐ weiß nicht

Vielen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit!

Bitte senden Sie den Fragebogen im frankierten Antwortcouvert per Post an die Universität Zürich zurück. Falls Sie weitere Fragen haben, stehen wir Ihnen unter den folgenden Kontaktadressen gerne zur Verfügung.

Zuständig für die Studie am Kantonsspital Baden:

Dr.med. Priska Bützberger, Fachärztin FMH für Innere Medizin und Onkologie
Kantonsspital Baden
Telefon: 056 468 27 62, E-Mail: priska.buetzberger@ksb.ch

Fragen zum Studiendesign:

Dr. phil. MSc. theol. Regula Gasser
Theologisches Seminar der Universität Zürich, Kirchgasse 9, 8001 Zürich
Telefon: 044 634 54 02, E-Mail: regula.gasser@theol.uzh.ch

b) Mitarbeiterfragebogen

Die in die Mitarbeiterbefragung integrierten Tools umfassen:

ARAZ

Der Bundesrat beauftragte 1998 den Schweizerischen Nationalfonds, eine Studie zum Thema „Probleme des Sozialstaates“ durchzuführen. Die ARAZ-Studie wurde im Rahmen dieses Nationalen Forschungsprogramms 45 finanziert und dauerte von 2000-2003. Die Abkürzung ARAZ steht für den Projekttitel: „Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten“. ⁵⁶⁴ Die Fragen dieser Nationalfondsstudie haben wir in unserem Fragebogen übernommen.

Irritationsskala IS © Mohr, Rigott I. & Müller

Die IS wird als Screening-Verfahren für die betriebliche Gesundheitsanalyse, die Evaluation von stressreduzierenden Massnahmen, als Unterstützung in der Beratungspraxis sowie in der arbeitspsychologischen Stressforschung eingesetzt. Irritation ist ein Indikator psychischer (Fehl-)Beanspruchung in der Folge von Belastungen durch Arbeit und Vorläufer weiterer psychischer Befindlichkeitsbeeinträchtigungen. Die interne Konsistenz für Emotionale Irritation liegt zwischen $\alpha = .80$ und $\alpha = .90$, für Kognitive Irritation zwischen $\alpha = .75$ und $\alpha = .91$. Das Instrument hat sich über zahlreiche Studien als hoch valide erwiesen. ⁵⁶⁵

Sense of Coherence SOC-L9 © Jörg Schumacher & Elmar Brähler, Universität Leipzig (2000)

Siehe Beschreibung zum Patientenfragebogen

Inventar zur Messung von Ambiguitätstoleranz IMA © J. Reis 1996

Der IMA ist ein Verfahren zur Erfassung des Persönlichkeitskonstruktes «Ambiguitätstoleranz». Ambiguitätstoleranz wird als Tendenz verstanden, Widersprüchlichkeiten, Inkonsistenzen oder mehrdeutige Informationslagen in ihrer Vielschichtigkeit wahrzunehmen und positiv zu bewerten. Das Verfahren unterscheidet fünf faktorenanalytisch differenzierte Ambiguitätsbereiche: Ambiguitätstoleranz für unlösbar erscheinende Probleme, Ambiguitätstoleranz für soziale Konflikte, Ambiguitätstoleranz des Elternbildes, Ambiguitätstoleranz für Rollenstereotypen und Ambiguitätstoleranz für neue Erfahrungen. Die Reliabilitätsmasse für die einzelnen Bereiche bewegen sich zwischen $\alpha = .74$ und $\alpha = .86$, für die Gesamtskala $\alpha = .87$ (Cronbachs Alpha). Korrelative Validierungen mit verwandten Verfahren liegen

⁵⁶⁴ Nationalfondsprojekt der Psychiatrischen Dienste der Universität Zürich von Prof. Dr. P.C. Meyer. Erläutert in: Nordt, C. (2003). Strukturwandel der medizinischen Grundversorgung. Ursachen der ärztlichen Arbeitszufriedenheit in verschiedenen Praxismodellen. Dissertation an der Universität Zürich, begleitet durch Prof. Dr. P.C. Meyer.

⁵⁶⁵ Angaben zum Manual sind erhältlich unter: <https://www.testzentrale.ch/shop/irritations-skala-zur-erfassung-arbeitsbezogener-beanspruchungsfolgen.html>, zuletzt abgerufen am 07.12.2018.

im Bereich von $r = .80$. Untersuchungen zur Kriteriumsvalidität belegen die Brauchbarkeit des Verfahrens für den praktisch-diagnostischen Einsatz.⁵⁶⁶

Fragebogen zur Selbstwirksamkeitserwartung SWE © Jerusalem und Schwarzer

Siehe Beschreibung zum Patientenfragebogen

Curlin-Fragebogen: Religion and Spirituality in Medicine: Physicians' Perspectives (RSMPP) © Farr Curlin 2005

Die Übersetzung ins Deutsche erfolgte durch Wermuth, die Validation durch Büssing, Baumann und Hvidt (Network for Research in Spirituality and Health NERSH / Freiburg Institute for Advanced Studies 2014). Der NERSH-Fragebogen wurde an den Spiritual Care Kongressen mehrfach vorgestellt und besteht aus drei Frageabschnitten: 1. Demographische Daten, 2. Sichtweise von Fachpersonen auf Religion/Spiritualität und Gesundheit sowie 3. Religiösen/Spirituelle Charakteristika.⁵⁶⁷

Satisfaction with Life Scale © Diener und Emmons 1985

Die SWLS ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der globalen (allgemeinen) Lebenszufriedenheit. Als Mass der Lebenszufriedenheit dient dabei der Summenscore aus 5 Items, die jeweils auf einer 7-stufigen Ratingskala beantwortet werden müssen.⁵⁶⁸ Für die Originalfassung wird über eine hohe interne Konsistenz berichtet. Die Retest-Reliabilität beträgt in einem Intervall von 4 Jahren 0.58. In der faktoriellen Validität konnte die Eindimensionalität der SWLS faktorenanalytisch mehrfach bestätigt werden.

Amendment bei der Ethikkommission

Auf der folgenden Seite ist nochmals die Originalfassung des ursprünglichen Fragebogens abgebildet, wie er in Kooperation mit dem Kantonsspital Baden konzipiert und durch die Ethikkommission des Kantons Zürich bewilligt worden ist. Da die Intervention aufgrund der fehlenden Ausgangsdaten nur punktuell durchgeführt werden konnte, konnte die zweite geplante post- Erhebung nicht durchgeführt werden. Somit liegen bei der Stichprobe der Mitarbeiter nur die Ausgangsdaten zum ersten Messzeitpunkt vor der Intervention vor (siehe Kapitel 9.1)

⁵⁶⁶Angaben zum Manual sind erhältlich unter: <https://www.testzentrale.ch/shop/inventar-zur-messung-der-ambiguitaetstoleranz.html>, zuletzt abgerufen am 07.12.2018.

⁵⁶⁷ Curlin, F. A.; Nwodin, C.; Vance, J. L.; Chin, M. H.; Lantos, J. D. To Die, to Sleep: Us Physicians' Religious and Other Objections to Physician-Assisted Suicide, Terminal Sedation, and Withdrawal of Life Support. Am. J. of Hospice and Palliative Med. 2008, 25, 112–20. Deutsche Fassung, am 07.12.2018 zuletzt abgerufen unter: nersh.org/wp-content/.../Nersh-Deutsch-01.04.14-Gesundheitsberufe-allgemein.doc

⁵⁶⁸ Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. & Griffin, S. (1985). Satisfaction with Life Scale. In: Journal of Personality Assessment, 49, 71-75. siehe Deutsche Fassung unter: <https://docplayer.org/65950268-Swls-satisfaction-with-life-scale.html>, zuletzt aufgerufen am 07.12.2018.



Spiritual Care: Fragebogen zur Arbeitsbelastung und den Bedürfnissen von Fachpersonen im Akutspital

Ein Nationalfondsprojekt-Projekt am Theologischen Seminar der Universität Zürich beschäftigt sich in Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Baden mit der Frage, wie die Lebensqualität von Patienten/innen sowie die Arbeitszufriedenheit und Stressbelastung der Mitarbeiter/innen verbessert werden können. Anhand eines Fragebogens möchten wir herausfinden, welche Faktoren zur Lebensqualität von Patienten/innen beitragen, und wie wir diese in die medizinische Behandlung integrieren können. Dabei sind uns auch die Bedürfnisse und Ressourcen des Behandlungsteams wichtig.

Hierzu bitten wir Sie, einen anonymen Fragebogen auszufüllen. Ihre Informationen tragen dazu bei, Unterstützungsmöglichkeiten zu entwickeln, die zu einer Verbesserung der Patienten-Beziehung sowie der Arbeitszufriedenheit und Stressbelastung der Mitarbeiter/innen beitragen können.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Alle im Rahmen der Befragung anfallenden Daten werden **streng vertraulich** behandelt und nur in **anonymisierter Form** ohne Angabe von Namen und Adresse bearbeitet. Anhand der drei ersten Fragen erhält Ihr Fragebogen einen Code, den nur Sie kennen. Indem Sie den Fragebogen im frankierten Antwortcouvert direkt an die Universität Zürich schicken, kann kein Zusammenhang zu Ihrer Person hergestellt werden. Die Fragebogen bleiben an der Universität Zürich sicher verwahrt und sind weder für die Mitarbeiter Ihres Spitals noch für andere Drittpersonen zugänglich. **Die Belange der Schweigepflicht und des Datenschutzes werden gewahrt.**

Bitte lesen Sie sich die Fragen gut durch. Es gibt keine „richtigen“ und „falschen“ Antworten. Bitte kreuzen Sie pro Frage jeweils nur ein Feld an. Wenn Sie den Fragebogen zügig beantworten, benötigen Sie ca. 15 Minuten.

Für Ihre Unterstützung danken wir Ihnen ganz herzlich!

Die ersten zwei Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter: _____ z.B. ROSA= RO

Die letzten zwei Ziffern Ihrer Telefonnummer: _____ z.B. 315 22 14 = 14

Der erste Buchstabe Ihrer Krankenkasse: _____ z.B. ATUPRI=A

Alter: _____ **Geschlecht:** ☐ weiblich ☐ männlich

Zivilstand: ☐ verheiratet ☐ in fester Partnerschaft ☐ ledig ☐ geschieden/getrennt lebend

Religionszugehörigkeit: ☐ christlich ☐ jüdisch ☐ muslimisch ☐ andere ☐ keine

Beruf: ☐ Arzt/Ärztin ☐ Pflegefachfrau/-mann ☐ Psychologe/in ☐ Seelsorger/in ☐ Sozialarbeiter/in
☐ Andere: _____

Berufliche Tätigkeit seit _____ Jahren

Vollzeit: ☐ Teilzeit: ☐ Wenn Teilzeit, wieviel %? _____

| Bitte geben Sie an, wieviel Zeit Sie aktuell für folgende Bereiche aufwenden? | | kaum | wenig | mäßig | viel | sehr viel |
|---|---|------|-------|-------|------|-----------|
| ARAZ 1A | Weiterbildung, Fachlektüre | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ARAZ 2A | Partner/in, Kinder, Freundeskreis | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ARAZ 3A | Persönliche Interessen, Hobby, Sport, Politik | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ARAZ 4A | Arbeit am Patienten | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ARAZ 5A | Teamarbeit mit Berufskollegen/innen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ARAZ 6A | Administrative Tätigkeiten | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| Bitte geben Sie an, wieviel Zeit Sie für folgende Bereiche gerne aufwenden würden: | | kaum | wenig | mäßig | viel | sehr viel |
|--|---|------|-------|-------|------|-----------|
| ARAZ 16 | Weiterbildung, Fachlektüre | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ARAZ 26 | Partnerin, Kinder, Freundeskreis | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ARAZ 36 | Persönliche Interessen, Hobby, Sport, Politik | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ARAZ 46 | Arbeit am Patienten | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ARAZ 56 | Teamarbeit mit Berufskollegen/innen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ARAZ 66 | Administrative Tätigkeiten | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

ARAZ in Anlehnung an SALSA © Nationalfonds-Ärztebefragung, Prof. P.C. Meyer

| Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Zeitdruck und Arbeitszufriedenheit: | | überhaupt nicht | selten/ eher nie | manchmal | oft | fast immer |
|--|---|-----------------|------------------|----------|-----|------------|
| ARAZ 7 | Meine Arbeit hier umfasst alle meine wesentlichen Aspekte des Berufs. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ARAZ 8 | Es besteht genügend Zeit, die klinische Arbeit zu erledigen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ARAZ 9 | Ich arbeite immer unter Stress. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ARAZ 10 | Man kann bei dieser Arbeit immer wieder Neues dazulernen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ARAZ 11 | Fast jeden Tag wird meine klinische Erfahrung aufs neue gefordert. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ARAZ 12 | Ich bin zufrieden mit der Unterstützung durch Arbeitskollegen/innen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Ich bin zufrieden mit der Unterstützung durch Vorgesetzte. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Ich bin zufrieden mit der Zusammenarbeit in meinem Team. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Ich bin zufrieden mit der Kommunikation in unserem Team. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ARAZ 13 | Meine berufliche Tätigkeit ist vielseitig. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ARAZ 14 | Die positiven Seiten überwiegen die negativen meines Berufs | | | | | |
| | Ich bin mit meiner beruflichen Tätigkeit zufrieden. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ARAZ 21 | Arbeitserfolge sind kaum sichtbar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ARAZ 24 | Eine qualitativ gute medizinische Versorgung ist mit den aktuellen Ressourcen möglich. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ARAZ 25 | Eine gute therapeutische Beziehung zum Patienten ist für eine effektive Behandlung notwendig. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Die therapeutische Beziehung zu meinen Patienten beurteile ich aktuell als zufriedenstellend. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

ARAZ in Anlehnung an SALSA © Nationalfonds-Ärztebefragung, Prof. P.C. Meyer

Bitte markieren Sie auf der Skala, wie stark Sie sich durch Ihre Arbeit momentan belastet sehen:

| | | | | | | | | | | |
|-----------|----|-------|----|--------|----|----|-------|----|----|------------|
| 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| gar nicht | | wenig | | mässig | | | stark | | | sehr stark |

Wieviele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich pro Woche? _____ Stunden



Bitte geben Sie auf der Skala von 1 bis 7 an, inwiefern die folgenden **Aussagen zu Ihrer Arbeitsbelastung** zutreffen. Bitte kreuzen Sie immer **nur eine Zahl pro Frage** an!

1. Es fällt mir schwer, nach der Arbeit abzuschalten.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft fast völlig zu

2. Ich muss auch zu Hause an Schwierigkeiten bei der Arbeit denken.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft fast völlig zu

3. Wenn andere mich ansprechen, kommt es vor, dass ich mürrisch reagiere.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft fast völlig zu

4. Selbst am Wochenende muss ich manchmal an Probleme bei der Arbeit denken.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft fast völlig zu

5. Ich fühle mich ab und zu wie jemand, den man als Nervenbündel bezeichnet.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft fast völlig zu

6. Ich bin schnell verärgert.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft fast völlig zu

7. Ich reagiere gereizt, obwohl ich es gar nicht will.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft fast völlig zu

8. Wenn ich müde von der Arbeit nach Hause komme, bin ich ziemlich nervös.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 trifft fast völlig zu

IS © G. Mohr, T. Rigott & A. Müller

Hier finden Sie eine Reihe von Fragen, die sich auf **verschiedene Aspekte des Lebens** beziehen. Bitte kreuzen Sie die Zahl an, welche Ihrer Antwort entspricht, wobei die Zahlen 1 und 7 Extremantworten darstellen. Bitte kreuzen Sie immer **nur eine Zahl pro Frage** an!

12. Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?

selten oder nie 1 2 3 4 5 6 7 sehr oft

16. Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie eine Quelle ...

tiefer Freude und Befriedigung 1 2 3 4 5 6 7 von Schmerz und Langeweile

19. Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?

sehr selten oder nie 1 2 3 4 5 6 7 sehr oft

21. Kommt es vor, dass sie Gefühle in sich spüren, die Sie lieber nicht hätten?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 selten oder nie

25. Viele Leute - auch solche mit einem starken Charakter - fühlen sich in bestimmten Situationen wie traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

nie 1 2 3 4 5 6 7 sehr oft

26. Wenn etwas passiert, hatten Sie im Allgemeinen den Eindruck, dass Sie dessen Bedeutung ...

über- oder unterschätzten 1 2 3 4 5 6 7 richtig einschätzen

28. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im täglichen Leben tun, eigentlich wenig Sinn haben?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 selten oder nie

Mitarbeiterfragebogen 1

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 29. Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie sich nicht sicher sind, ob Sie sie unter Kontrolle halten können? | | | | | | | | |
| selten oder nie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | sehr oft |
| 14. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, ist es dann sehr oft so, dass.... | | | | | | | | |
| Sie spüren, wie schön es ist zu leben? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sie sich fragen, wieso Sie überhaupt leben? |
| 20. Wenn Sie etwas tun, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt, | | | | | | | | |
| dann ist das bestimmt so, dass Sie sich auch weiterhin gut fühlen werden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Dann wird bestimmt etwas passieren, dass dieses Gefühl wieder verdrängt. |
| 22. Sie erwarten für die Zukunft, dass Ihr eigenes Leben ... | | | | | | | | |
| ohne jeden Sinn und Zweck sein wird | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | voller Sinn und Zweck sein wird |
| 27. Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, denen Sie bei wichtigen Dingen im Leben wohl begegnen werden, haben Sie das Gefühl, dass ... | | | | | | | | |
| es ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu überwinden? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sie es nicht schaffen werden, die Schwierigkeiten zu überwinden? |

800-L9 © Jörg Schumacher & Elmar Brähler, Universität Leipzig (2000)

| Bitte beurteilen Sie bei den folgenden Aussagen, wie sehr diese aktuell auf Sie persönlich zutreffen. | | trifft sehr zu | trifft zu | trifft etwas zu | trifft eher nicht zu | trifft nicht zu | trifft gar nicht zu |
|--|---|----------------|-----------|-----------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| IMA4 | Probleme, die mir als unlösbar erscheinen, empfinde ich als persönliche Herausforderung. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| IMA9 | Mit Problemen, die mir unlösbar erscheinen, würde ich mich nicht ernsthaft beschäftigen wollen. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| IMA12 | Auch für viel Geld würde ich meine Zeit nicht mit Problemen vergeuden, die mir unlösbar erscheinen. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| IMA27 | Probleme, die mir unlösbar erscheinen, versuche ich zu umgehen. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| IMA30 | Es erscheint mir sinnlos, mich mit Problemen zu beschäftigen, die mir unlösbar erscheinen. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| IMA37 | Eine Beschäftigung mit Problemen, die mir als unlösbar erscheinen, kann auch dann für mich von Nutzen sein, wenn ich sie nicht lösen werde. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| IMA17 | Ich brauche eine vertraute Umgebung, um mich wohlzufühlen. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| IMA14 | Ich versuche, Streitigkeiten zu vermeiden. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| IMA16 | Ich gehe Menschen, die sich gerne streiten, nach Möglichkeit aus dem Weg. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| IMA25 | Ich gehe Streitereien nach Möglichkeit aus dem Weg. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

| | Bitte beurteilen Sie bei den folgenden Aussagen, wie sehr diese aktuell auf Sie persönlich zutreffen. | trifft sehr zu | trifft zu | trifft etwas zu | trifft eher nicht zu | trifft nicht zu | trifft gar nicht zu |
|-------|--|----------------|-----------|-----------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| IMA28 | Ich versuche, mit jedem gut auszukommen. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| IMA29 | Es ist für mich wichtig, dass andere Leute mich nicht für streitlustig halten. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| IMA33 | Ich ziehe es vor, mit Bekannten über unverfängliche Themen zu sprechen. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

© IMA, J. Reis 1996

| | Wie sehr werden Sie aktiv durch die folgenden Personen unterstützt , wenn in der Arbeit Probleme auftauchen? | gar nicht | wenig | mässig | ziemlich | völlig |
|----------|---|-----------|-------|--------|----------|--------|
| SALSA 48 | Ihre Vorgesetzten | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| SALSA 49 | Ihre Arbeitskollegen/innen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| SALSA 50 | Ihren/e Lebenspartner/in Ich bin derzeit alleinlebend <input type="checkbox"/> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| SALSA 51 | andere Personen ausserhalb der Arbeit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

SALSA © Martin Rimann und Ivars Lids, Institut für Arbeitspsychologie, ETH Zürich

| | Bitte beurteilen Sie bei den nun folgenden Aussagen, wie sehr diese auf Sie persönlich zutreffen. | stimmt nicht | stimmt kaum | stimmt eher | stimmt genau |
|-------|--|--------------|-------------|-------------|--------------|
| SWE1 | Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| SWE2 | Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| SWE3 | Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| SWE4 | In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| SWE5 | Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| SWE6 | Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann. | | | | |
| SWE7 | Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| SWE8 | Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| SWE9 | Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| SWE10 | Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern. | 0 | 1 | 2 | 3 |

© SWE, Jerusalem & Schweizer (1981, 1999)

| Wie häufig haben Patienten/innen Ihrer Erfahrung entsprechend: | | niemals | selten | manchmal | oft | immer |
|--|---|---------|--------|----------|-----|-------|
| Cur 10a | religiöse/spirituelle Themen wie Gott, Gebet, Meditation, die Bibel etc. angesprochen? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Cur 10b | emotionale oder praktische Unterstützung durch religiöse Gemeinschaften erhalten? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Cur 10c | Religiosität/Spiritualität als Argument benutzt, um einer Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit auszuweichen? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

© Cutlin et al., University of Chicago

| Was meinen Sie, wie häufig Religiosität/Spiritualität Ihrer Erfahrung entsprechend: | | niemals | selten | manchmal | oft | immer |
|---|---|---------|--------|----------|-----|-------|
| Cur 11a | Patienten hilft, Krankheit und Leiden zu bewältigen und auszuhalten? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Cur 11b | Schuld, Angst und andere negative Gefühle verursacht und damit Leiden vermehrt? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Cur 11c | den Patienten eine positive und hoffnungsvolle Einstellung gibt? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Cur 11d | Patienten veranlasst, medizinisch indizierte Therapien abzulehnen, hinauszuzögern oder zu beenden? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Cur 11e | zur Vorbeugung schwerwiegender medizinischer Probleme beiträgt (z.B. Infektionen) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Cur 12 | Wie oft verstärkt Ihrer Einschätzung nach eine Erkrankung die Aufmerksamkeit der Patienten für Religiosität, Spiritualität und die Bedeutung, die sie diesem Bereich beimessen? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

© Cutlin et al., University of Chicago

| Wie oft reagieren Sie mit folgenden Verhaltensweisen, wenn religiöse/spirituelle Belange in Patientengesprächen auftauchen? | | niemals | selten | manchmal | oft | immer |
|---|---|---------|--------|----------|-----|-------|
| Cur 14a | Ich höre aufmerksam und empathisch zu. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Cur 14b | Ich versuche, auf taktvolle Weise das Thema zu wechseln. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Cur 14c | Ich bestärke den Patienten in seinen eigenen religiösen/spirituellen Überzeugungen und Gebräuchen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Cur 14d | In respektvoller Weise teile ich etwas über meine eignen religiösen/spirituellen Vorstellungen und Erfahrungen mit. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Cur 14e | Ich bete mit dem Patienten. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

© Cutlin et al., University of Chicago

| Was trifft auf Sie zu? | | überhaupt nicht | wenig | mässig | sehr |
|------------------------|---|-----------------|-------|--------|------|
| Cur 23 | Würden Sie sich selbst als religiös bezeichnen? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Cur 24 | Würden Sie sich selbst als spirituell bezeichnen? | 0 | 1 | 2 | 3 |

© Cutlin et al., University of Chicago



| Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu oder nicht zu? | | stimme überhaupt nicht zu | stimme nicht zu | stimme zu | stimme voll und ganz zu |
|--|--|---------------------------|-----------------|-----------|-------------------------|
| Cur 22a | Ich empfinde eine grosse Verantwortung, Schmerz und Leid in der Welt zu verringern. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Cur 22c | Für mich ist die Ausübung einer medizinischen Tätigkeit eine Berufung. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Cur 22d | Meine religiösen/spirituellen Einstellungen beeinflussen meine praktische Tätigkeit. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Cur 22e | Ich empfinde es als herausfordernd, meinen religiösen/spirituellen Überzeugungen bei meiner klinischen Arbeit treu zu bleiben. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Cur 22f | Die Erfahrungen meines Berufs haben dazu geführt, dass ich meine religiösen/spirituellen Überzeugungen in Frage stelle. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Cur 22g | Ich bemühe mich sehr, meine religiösen/spirituellen Einstellungen in mein alltägliches Leben zu integrieren. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Cur 22h | Mein ganzer Lebensentwurf basiert auf meiner Religiosität/Spiritualität. | 0 | 1 | 2 | 3 |

© Curtin et al., University of Chicago

| | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|------------------|--|
| Inwiefern treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? | | | | | | | | | |
| 9. Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet. | | | | | | | | | |
| stimme überhaupt nicht zu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | stimme völlig zu | |
| 3. Ich bin mit meinem Leben zufrieden. | | | | | | | | | |
| stimme überhaupt nicht zu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | stimme völlig zu | |
| 4. Bisher habe ich die wesentlichen Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche. | | | | | | | | | |
| stimme überhaupt nicht zu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | stimme völlig zu | |
| 5. Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas ändern. | | | | | | | | | |
| stimme überhaupt nicht zu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | stimme völlig zu | |
| 6. Ich bin mit meiner Gesundheitssituation zufrieden. | | | | | | | | | |
| stimme überhaupt nicht zu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | stimme völlig zu | |

BWLB © H. Gleesmer, G. Grande, E. Böhler

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte senden Sie den Fragebogen im frankierten Antwortcouvert per Post an die Universität Zürich. Falls Sie weitere Fragen haben, stehen wir Ihnen unter den folgenden Kontaktadressen gerne zur Verfügung.

Zuständig für die Studie am Kantonsspital Baden:

Dr.med. Priska Bützberger, Fachärztin FMH für Innere Medizin und Onkologie
M.Sc. Palliative Care, Kantonsspital Baden
Telefon: 056 468 27 62; E-Mail: priska.buetzberger@ksb.ch

Fragen zum Studiendesign:

Dr. phil. M.Sc. theol. Regula Gasser
Theologisches Seminar der Universität Zürich, Kirchgasse 9, 8001 Zürich
Telefon: 044 634 54 02; E-Mail: regula.gasser@theol.uzh.ch

8.6.5 Interventionen

Das freiwillige Angebot des Interventionsprogramms setzt sich aus vier Komponenten zusammen:

Intervention I: Interprofessionelle Schulung in Spiritual Care

1. Theoretische Grundlagen für die interprofessionelle Zusammenarbeit in Spiritual Care (1 Std.)

Die Ausbildungseinheit gibt in einem ersten Teil einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu Spiritual Care und den Spiritualitätsverständnissen der verschiedenen Berufsgruppen. In einem zweiten Teil erfolgt die Einführung in die Erkennung von Spiritual Distress, in die Integration spiritueller Bedürfnisse von Patienten in den medizinischen Behandlungsprozess sowie die Klärung verschiedener Rollen im interprofessionellen Behandlungsteam.

2. Reflexion zur individuellen Spiritualität, Selbstsorge und Identität im Dialog mit Fachpersonen aus anderen Berufsgruppen(1 Std.)

Die zweite Ausbildungseinheit beginnt mit einer kurzen Einführung in das Konzept der Compassionate Care⁵⁶⁹ im Sinne einer *whole system* Care. In dieser Ausbildungseinheit geht es im Wesentlichen um die persönliche Reflexion und Auseinandersetzung mit dem, was der einzelnen Fachperson im Leben Sinn und Bedeutung gibt, und wie sie ihre Identität definiert. Daher setzt sich Spiritual Care in einem ersten Teil mit dem ganz persönlichen Beitrag auseinander, den das einzelne Teammitglied in sein Team einbringt. In einem zweiten Teil soll es darum gehen, in einen Dialog mit den Sinnkonstruktionen anderer Berufsgruppen zu treten und die verschiedenen (Be-)deutungskonstruktionen im interprofessionellen Dialog weiterzuentwickeln.

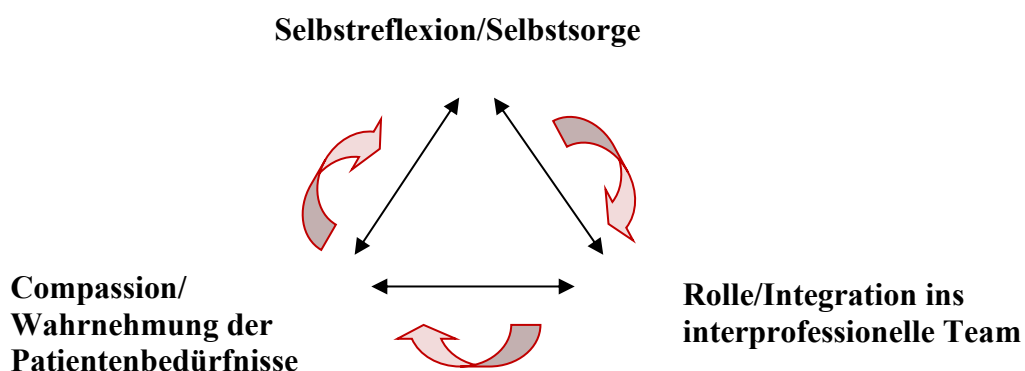


Abbildung 12: Auseinandersetzungsebenen von Spiritual Care

⁵⁶⁹ International Research Center for Communication in Healthcare; 2011-2013, International Collaborative for Communication in Healthcare. All rights reserved.

3. Fallbeispiel zur interprofessionellen Zusammenarbeit mit Schauspielpatienten (1 Std.)

Anhand von professionellen Schauspielpatienten, welche als fiktive Krebspatienten Spiritual Distress zeigen, soll das Behandlungsteam in die Erkennung der Symptome und in die Fallvignetten eingeführt werden. Das Team erhält zu Beginn eine kurze schriftliche Einführung in die Diagnose und Krankenakte des/der fiktiven Schauspiel-Patienten/in. Anschliessend hat das Team in der interprofessionellen Zusammensetzung insgesamt 45 Minuten Zeit, die Anamnese des/der Patienten/in zu erheben und den Behandlungsplan festzulegen. Die Studienleiterin beobachtet den Teamprozess und greift unterstützend mit einem Timeout fürs Team ein, wenn der Explorationsprozess ins Stocken gerät. In den letzten 15 Minuten gibt der/die Schauspielpatient/in dem Team ein Feedback, wie der Explorationsprozess auf ihn/sie gewirkt hat, und ob seine/ihre Bedürfnisse entsprechend berücksichtigt worden sind. Zugleich wird der Teamprozess durch das Team selber und die Studienleiterin reflektiert.

Intervention II: Fallanalysen und Supervision: Patienten mit Spiritual Distress

Voraussetzung für eine Fallanalyse sind Aussagen eines/r Patienten/in, die auf Symptome von Spiritual Distress hindeuten (siehe Graphik zu den NCCN-Guidelines, S. 205). Wie verschiedene Studien gezeigt haben, kann sich Spiritual Distress in beeinträchtigender Weise auf den medizinischen Behandlungsprozess und die Lebensqualität des Patienten auswirken.⁵⁷⁰ Deshalb erscheint es im Zusammenhang mit Spiritual Care wesentlich, die Symptome von Spiritual Distress sorgfältig in den gesamten medizinischen Behandlungsprozess einzubeziehen. Dadurch kann der von der WHO geforderte Einbezug der spirituellen Dimension in das bio-psycho-soziale Behandlungsmodell gewährleistet werden. Die Fallvignette setzt sowohl das Einverständnis des Patienten an der Studienteilnahme als auch die abgeschlossene Schulung der Mitarbeiter voraus. Dieser Prozess der Integration von Spiritual Distress erfolgt anhand einer Fallsupervision mit je einem Vertreter mind. zwei verschiedener Berufsgruppen (Ärzeschaft, Pflege, Psychologie, Spitalseelsorge).

Ziel dieser Fallsupervision ist es, die bio-psycho-sozialen und spirituellen Zusammenhänge von Spiritual Distress zu erfassen, und entsprechende Interventionen in den Behandlungsplan zu integrieren. Die Dokumentation erfolgt anhand einer Fallvignette. Die Wirkung dieser Fallvignetten wird sowohl durch das Behandlungsteam als auch durch die Patienten evaluiert.

⁵⁷⁰ Siehe dazu die Studien von Blanchard, J. et al. (2012): Screening for spiritual distress in the oncology inpatient: a quality improvement pilot project between nurses and chaplains. In: *Journal of Nursing Management*, 20, S. 1076–1084; siehe auch die Studie von Caldeira, S. et al. (2014): Between spiritual wellbeing and spiritual distress: possible related factors in elderly patients with cancer. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem*, (22:1), S. 1–11; Beeinträchtigungen durch Spiritual Distress werden auch aufgezeigt in der Studie von Lewis, Sh., Salins, N., et al. (2013): Distress Screening Using Distress Thermometer in Head and Neck Cancer Patients Undergoing Radiotherapy and Evaluation of Causal Factors Predicting Occurrence of Distress. In: *Indian Journal of Palliative Care*, (13:2), S. 88–92.

a) *bei den MitarbeiterInnen*

Jede/r Teilnehmer/in der Fallsupervision erhält per Mail einen Evaluationsfragebogen zugestellt, den er/sie bei den stationären Patienten bei Spitalaustritt, bei den ambulanten Patienten nach mind. 1 bis max. 2 Monaten ausfüllt.

b) *bei den PatientInnen*

Die Evaluation erfolgt innerhalb des standardisierten Fragebogens. Bei den ambulanten Patienten erfolgt sie 2-3 Monate nach Behandlungsbeginn, bei stationären Patienten nach mindestens einer Woche. Diese erfasst Veränderungen der körperlichen, emotionalen, sozialen und funktionalen Befindlichkeit sowie der Lebensqualität.

Patienten, für die an einer Fallsupervision eine Fallvignette erstellt worden ist, gehören **zur Kohorte X**. Wie auch bei den Patienten der Kohorte B werden im Rahmen der Fragebogen Veränderungen der körperlichen, emotionalen, sozialen und funktionalen Befindlichkeit sowie der Lebensqualität erfasst.

Ein- und Ausschlusskriterien für die Patientenstichprobe

Die konkrete Ausarbeitung der beiden Interventionen erfolgt mit den zuständigen Fachpersonen im Kantonsspital Baden. Durch eine gute Anpassung der Studie an die Rahmenbedingungen der Institution sowie das Eingehen auf entsprechende Bedürfnisse von Fachpersonen, soll eine möglichst hohe Akzeptanz der Studie erreicht werden. Diese ist für eine erfolgreiche Studiendurchführung unerlässlich. Die fehlende Akzeptanz des Behandlungsteams wird aus Sicht dieser Studie als einer der Hauptgründe betrachtet, warum sich Spiritual Care in der klinischen Praxis in Europa bislang kaum durchsetzen konnte.

Studienpopulation: Patienten

a) *Feasibility Studie*

Patienten, die im Kantonsspital Baden im onkologischen Ambulatorium oder auf der Schwerpunktabteilung Onkologie und Palliative Care behandelt werden.

b) *im multizentrischen Projekt*

Patienten, die in onkologischen Zentren ambulant behandelt werden

Einschlusskriterien

- Einschlusskriterium Mindestalter: 18 Jahre
- Behandlung im onkologischen Ambulatorium für mindestens zwei bis drei Monate
- Unheilbare Krebserkrankung

-
- Schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an der Befragung
 - gute Deutschkenntnisse
 - kognitive Fähigkeit zum Ausfüllen des Fragebogens

Ausschlusskriterien

- manifeste psychische Erkrankungen aus den ICD10-Symptomgruppen F0-F5.

Studienpopulation: Mitarbeiter

Mitarbeiter (ÄrztInnen, Pflegende, TherapeutInnen, PsychologInnen, SeelsorgerInnen, SozialarbeiterInnen) auf den entsprechenden Stationen:

a) Feasibility Studie

Kantonsspital Baden, onkologisches Ambulatorium und Schwerpunktambulanz Onkologie und Palliative Care

b) im multizentrischen Projekt

onkologische Zentren ambulant

Einschlusskriterien

- in die Behandlung des Patienten involvierte Fachpersonen in den entsprechenden Einrichtungen
- Alter zwischen 18 und 65 Jahren
- schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an der Befragung

Rekrutierungsphase und Studiendauer

Die Rekrutierung der Patienten erfolgt unmittelbar bei Studienbeginn in den ersten sechs Monaten (Kohorte A), in den Monaten 8-13 (Kohorte X) und 10-15 (Kohorte B). Der Studienabschluss erfolgt nach 15 Monaten voraussichtlich im Mai 2016.

8.6.6 Forschungsmethode

Verwendete Fragebogeninstrumente für Patienten

- Performancestatus
- Distress-Thermometer
- FACIT-PAL (körperliche, emotionale, soziale und funktionale Befindlichkeit)
- FACIT-SP (Spiritual Well-Being Scale)

-
- SWE (Selbstwirksamkeitserwartung)
 - HADS-D (Fragebogen zu Angst und Depressivität)
 - VIA (Vertrauen in den Arzt)
 - TPV (Transpersonales Vertrauen)
 - SOC (Sense of Coherence Scale)
 - Soziodemographische Daten
 - Fragen zur Krankheits- und Symptombewältigung

Qualitative Interviews mit Patienten

Themenschwerpunkte:

- Wie hat der Patient die Begleitung durch das interprofessionelle Team erlebt?
- Wie wurden die Bedürfnisse des Patienten berücksichtigt? Hat das Team das, was für den Patienten wichtig ist und ihn in seinem Leben beschäftigt, aus seiner Sicht ausreichend beachtet?
- Was hilft dem Patienten bei der Bewältigung seiner Erkrankung? Hat sich während der Behandlung etwas an diesen Ressourcen verändert?
- Wie haben sich belastende Krankheitssymptome durch die Behandlung verändert? Wie beurteilt der Patient seine Lebensqualität? Wie hat sich diese seit Behandlungsbeginn verändert?

Veränderung von belastenden Krankheitssymptomen und der Lebensqualität

Messung der Veränderung belastender Krankheitssymptome sowie aktueller Stand der Lebensqualität im Behandlungsverlauf:

- 1) Veränderungen bei den vom Arzt oder der Pflege erhobenen Daten zu Krankheitssymptomen, Krankheitsbelastungen und Lebensqualität im Therapieverlauf
- 2) Bewältigungsformen, die zur Verbesserung von Krankheitssymptomen und Krankheitsbewältigung beigetragen haben (Kurzfragebogen)

Unterschiede zwischen den Patientenstichproben der Kohorte A und B (prä und post) in den Daten zu Performancestatus und Distress Thermometer (1) und zum aktuellen Stand der Lebensqualität im Behandlungsverlauf (2)

Standardisierte Fragebogeninstrumente für Mitarbeiter:

- ARAZ Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit bei Ärztinnen und Ärzten (Nationalfonds ÄrztInnenbefragung in Anlehnung an SALSA; Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse nach Rimmann und Udris 1993; Validierung des Fragebogeninstrumentes durch Nordt 2003)

-
- IS (Irritationsskala zur Erfassung arbeitsbezogener Beanspruchungsfolgen)
 - IMA (Inventar zur Ambiguitätstoleranz)
 - SWE (Selbstwirksamkeitserwartung)
 - SOC (Sense of Coherence)
 - FACIT-Sp (Spiritual Well-Being) mit Mitarbeitern als Vergleichspopulation
 - Curlin-Fragebogen

Evaluation der Fallvignetten durch die TeilnehmerInnen der Fallsupervision

- Kurzfragebogen zur Evaluation der Fallvignetten

Qualitative Interviews mit MitarbeiterInnen (nach der Mitarbeiterschulung)

Themenschwerpunkte:

- Wie hat das Team die beiden Interventionen (Mitarbeiterschulung und Fallanalysen) erlebt?
- Hat sich in Bezug auf die interprofessionelle Teamkultur etwas verändert?
- Welchen Einfluss hatte das Projekt auf die therapeutische Beziehung zu den Patienten?
- Hatte das Eingehen auf die spirituellen Bedürfnisse der Patienten Einfluss auf die bio-psycho-soziale Behandlung und Begleitung?

8.6.7 Datenauswertung

Kohortenvergleich hinsichtlich der Testvariablen vor und nach dem Schulungsprogramm: Mitarbeitende (inkl. Differenzierung nach Berufsgruppen), Patientengruppen und Interventionen 1 und 2

1. prä/post-Analysen der Mitarbeiterdaten

- Vergleich der Fragebogendaten des Behandlungsteams vor und nach den Interventionen (1. Schulung und 2. Fallanalysen)

2. prä/post-Analysen der Patientendaten

- a) Therapieverlauf und Lebensqualität innerhalb der Kohorte (Performancestatus und Distress Thermometer, erhoben durch den behandelnden Arzt oder Pflege bei Eintritt + nach 2-3 Monaten)
 - Kohorte A (Zeitpunkt 1 und Zeitpunkt 2)
 - Kohorte B (Zeitpunkt 1 und Zeitpunkt 2)
- b) Vergleich des Therapieverlaufs und der Lebensqualität zwischen den Kohorten (vor und nach der Teamschulung)
 - Eintrittsdaten Zeitpunkt 1 Kohorte A+B
 - Therapieverlauf Zeitpunkt 2 Kohorte A+B

-
- c) Vergleich der Krankheits- und Symptombewältigung
 - Kurzfragebogendaten der Kohorte A+B
 - d) Vergleich des Therapieverlaufs der Patienten der Kohorte B (nach Teamschulung) als Teilkohorten ohne (B0) und mit Fallsupervisionen (Kohorte X)
 - Eintrittsdaten Zeitpunkt 1 Kohorte B0+X
 - Therapieverlauf Zeitpunkt 2 Kohorte B0+X
 - Vergleich der Kurzfragebogendaten Kohorte B0+X

Auswertung des Schulungsprogramms

1. im Rahmen des Fragebogens für Mitarbeiter nach der Schulung
2. durch Kurzfragebogen zu Fallvignetten (Mitarbeiter)

Gewinnung qualitativer Daten durch Interviews bei einzelnen Patienten und Mitarbeitern

- Deskriptive, Varianz-, Korrelations- und Regressionsanalysen
- Inhaltsanalytische Auswertung der qualitativen Interviews mit ATLAS.ti
- Inhaltsanalytische und statistische Auswertung der Fallanalysen anhand sozialwissenschaftlicher Methoden zur Effektivität und Effizienz

9. Studienergebnisse und Diskussion der Studienergebnisse

9.1 Studienergebnisse bei den Patienten und Anpassung des Studiendesigns

Die Zusammenarbeit zwischen dem Forschungsprojekt und dem Kantonsspital Baden gestaltete sich, dank der Unterstützung durch Dr. med. Priska Bützberger und unserem Projektteam, sehr erfreulich. Das Projekt wurde sowohl von Seiten der Spitalleitung als auch von den einigen Fachpersonen aus der Ärzteschaft, Pflege, Psychologie und Seelsorge unterstützt. Dadurch war es möglich, für die organisatorische und inhaltliche Planung des Forschungsprojekts eine Arbeitsgruppe mit je einer Vertreterin der verschiedenen Berufsgruppen zu bilden. Diese Arbeitsgruppe hat sich alle 1-2 Monate zur Organisation und inhaltlichen Planung der Schulung am Kantonsspital Baden getroffen. Trotz dieser guten Ausgangslage stellten sich bei Studienbeginn einige Herausforderungen. Von den 26 Patienten, die innerhalb von sechs Monaten (im Zeitraum von August bis Dezember 2015) für eine Studienteilnahme angefragt wurden, haben 7 die Einverständniserklärung, aber nur 2 den Fragebogen ausgefüllt. Im Projektteam wurde dieser schlechte Rücklauf mit der Länge des Fragebogens begründet. Deshalb beschlossen wir, unseren Fragebogen auf eine Minimalversion zu kürzen. Da das Kantonsspital Baden im Herbst 2015 das Distress Thermometer als Standardinstrument bei Patienten im onkologischen Ambulatorium eingeführt hat, lag es nahe, diese Einführung mit der Erhebung von Patientendaten zu verknüpfen. Eine solche Eintrittserhebung hätte für die Patienten den Vorteil, dass die entsprechenden Fachpersonen direkt auf die im Distress Thermometer angegebenen Belastungssymptome reagieren können. Bei den stationären Palliativpatienten zeigte sich in der Studie das Problem, dass der durchschnittliche Spitalaufenthalt von einer Woche für das zweimalige Ausfüllen eines Fragebogens zu kurz war. Da Spitaleintritte bei Palliativpatienten nicht selten „notfallmässig“ aufgrund einer Destabilisierung von Symptomen erfolgen, sollten diese Patienten nicht zusätzlich durch eine Studie belastet werden. Im Amendment für die Kantonale Ethikkommission wurde unsere Änderung des Forschungsdesigns deshalb folgendermassen begründet:

Gründe für die Änderung des Studiendesigns

1. Beim Distress-Thermometer (im Kurzfragebogen sowie im zweiten Langfragebogen) geben Patienten Probleme an, auf die das behandelnde Team aufgrund der Anonymität der Fragebogen nicht eingehen kann. Jedoch würde gerade das Eingehen auf diese Probleme einen wesentlichen Beitrag zur Lebensqualität von schwerkranken Patienten leisten.
2. Das Kantonsspital Baden hat zur Qualitätsförderung im onkologischen Ambulatorium beschlossen, das Distress-Thermometer, zusammen mit dem Performancestatus, als Standard bei allen Patienten bei Behandlungsbeginn einzuführen. Das validierte Distress-Thermometer wird auch in anderen Spitälern bei onkologischen Patienten standardisiert eingesetzt. Damit Patienten durch die

Anonymisierung gegenüber anderen Patienten nicht benachteiligt werden, erfordert dies eine Anpassung unseres Studiendesigns.

3. Wie sich beim Langfragebogen gezeigt hat, ist für ältere Patienten das Ausfüllen eines 20-30 minütigen Fragebogens zu lang. Da ein grosser Teil der Patienten, welche gemäss unserer Studienkriterien unter einer fortgeschrittenen Krebserkrankung leiden, älter als 65 Jahre ist, muss der Langfragebogen gekürzt werden.
4. Es hat sich im Laufe dieser Studie gezeigt, dass der durchschnittliche Aufenthalt der stationär behandelten Patienten (von ca. einer Woche) für die Studienteilnahme zu kurz ist. Patienten, die wegen einer akuten Verschlechterung ihres Krankheitszustandes stationär hospitalisiert werden, sollen in dieser kurzen Zeit nicht durch einen Fragebogen zusätzlich belastet werden.

Änderungen im ursprünglich geplanten Studiendesign

- a) Es werden nur Daten von Patienten im onkologischen Ambulatorium erhoben. Dadurch entfällt die Erhebung bei den stationären Patienten.
- b) Die Daten zum Distress Thermometer werden mit dem Performance Status bei Behandlungsbeginn erhoben. Diese Erhebung wird zur Beurteilung der Behandlungswirksamkeit nach 2-3 Monaten wiederholt. Zusätzlich wird mit dieser Erhebung auf einer Skala von 0-10 auch die aktuelle Lebensqualität des Patienten miterhoben.
- c) Durch diese standardisierte Erhebung entfällt bei den Patienten der Kurzfragebogen bei Behandlungsbeginn. Zur Entlastung von älteren Patienten belassen wir beim Langfragebogen nur die letzte Seite.
- d) Bei denjenigen Patienten, die ihre Einwilligung zur Studienteilnahme gegeben haben, leitet der behandelnde Arzt mit Hilfe der StudienkoordinatorInnen die Daten des Distress Thermometers und der Symptome inkl. Performancestatus, sowie Angaben zum Alter, Geschlecht und Zeitpunkt der Erstdiagnose der Erkrankung, in anonymisierter Form an die Projektleiterin der Universität Zürich weiter (Dr. Regula Gasser). Das Datenblatt ist in Abbildung 13 auf der nächsten Seite dargestellt.
- e) Die Patienten, die an der Studie teilnehmen, erhalten im Anschluss an die zweite ärztliche Erhebung (Distress Thermometer und Performancestatus) vom Arzt die letzte Seite des Langfragebogens (siehe Abbildung 14, S. 236) mit einem frankierten Antwortcouvert, das an die Universität Zürich adressiert ist. Das Ausfüllen dieses Fragebogens dauert weniger als 5 Minuten. Die Patienten können das verschlossene Couvert entweder direkt in den dafür vorgesehenen Briefkasten im Spital oder in einen Briefkasten ausserhalb des Spitals einwerfen.

Diese Anpassung des Studiendesigns ermöglicht es dem behandelnden Arzt, direkt auf die krankheitsbezogenen Probleme des Patienten eingehen zu können, deren Erhebung auch in anderen Spitälern bereits Standard ist.



Datenblatt zur Studie Verbesserte Lebensqualität für Krebspatienten durch Einbezug ihrer spirituellen Bedürfnisse in den medizinisch-therapeutischen Begleitungsprozess

Patientenidentifikations-Nr.: _____

Zeitpunkt 2 (nach 2-3 Monaten)

Datum: _____

10= extrem belastet

0= gar nicht belastet

10= sehr hohe Lebensqualität

0= keine Lebensqualität

| | | | |
|-------------------------|----|------|--------------------------|
| Wohnsituation | JA | NEIN | <input type="checkbox"/> |
| Versicherung | JA | NEIN | <input type="checkbox"/> |
| Arbeit/Schule | JA | NEIN | <input type="checkbox"/> |
| Beförderung (Transport) | JA | NEIN | <input type="checkbox"/> |
| Kinderbetreuung | JA | NEIN | <input type="checkbox"/> |
| Umgang mit dem Partner | JA | NEIN | <input type="checkbox"/> |
| Umgang mit den Kindern | JA | NEIN | <input type="checkbox"/> |
| Sorgen | JA | NEIN | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---------------------------------------|----|------|--------------------------|
| Ängste | JA | NEIN | <input type="checkbox"/> |
| Traurigkeit | JA | NEIN | <input type="checkbox"/> |
| Depression | JA | NEIN | <input type="checkbox"/> |
| Nervosität | JA | NEIN | <input type="checkbox"/> |
| Verlust des Interesses an Aktivitäten | JA | NEIN | <input type="checkbox"/> |
| religiös-spirituelle Fragen | JA | NEIN | <input type="checkbox"/> |
| Verlust des Glaubens | JA | NEIN | <input type="checkbox"/> |

| Score | |
|----------------------|--|
| Performancestatus | |
| Aktionseinschränkung | |
| Appetit | |
| Nausea/Vomitus | |
| Stuhlverhalten | |
| Miktion | |
| Schmerzen | |
| Infekte | |
| Blutungen | |
| Dyspnoe | |

Abbildung 13: Dokumente zur Erfassung von Distress (links) und Performancestatus (rechts)

Was hat Ihnen **am meisten** geholfen bei der Bewältigung der Krankheit und der Krankheitssymptome? (bitte kreuzen Sie **max. 3** Antworten an)

☐ Medikamente

☐ Gespräche mit dem Personal: ☐ Pflege ☐ Ärzten ☐ Psychologen ☐ Seelsorge ☐ Sozialarbeiter

☐ sonstige Therapien (z.B. Physiotherapie, Massage etc.) welche: _____

☐ soziales Umfeld (Familie und Freunde)

☐ persönliches Nachdenken/persönliche Auseinandersetzung

☐ spirituelle/religiöse Auseinandersetzung

Wenn die spirituelle/religiöse Auseinandersetzung für Sie wichtig war- Haben Sie sich durch das Krankenhaus-Team bzw. einzelne Personen des Teams hinsichtlich Ihrer oben genannten religiös-spirituellen Auseinandersetzung unterstützt gefühlt?

☐ ja, sehr ☐ ja, etwas ☐ eher nein ☐ nein, gar nicht ☐ war mir nicht wichtig

→ Wenn **JA**, welcher Berufsgruppe gehörten diese Personen an?

☐ Pflegende ☐ Ärzte ☐ Psychologen ☐ Seelsorge ☐ Sozialarbeiter

☐ andere: ☐ weiß nicht

Abbildung 14: Abgeänderte Kurzversion des Fragebogens für die Patienten

9.2 Studienergebnisse nach der Anpassung des Studiendesigns

Per 1. Januar 2016 sollte das neue Forschungskonzept im Kantonsspital Baden umgesetzt werden. Sechs Wochen später haben wir eine erste Zwischenbilanz gezogen. In diesem Zeitraum haben 20 Patienten die Einschlusskriterien erfüllt. Von diesen Patienten haben alle behandelnden ÄrztInnen die Studieninformationen erhalten mit der Bitte, die Patienten für die Studienteilnahme anzufragen. Von diesen 20 Patienten haben drei diese Information von ihrem behandelnden Arzt erhalten. Jedoch hat keiner dieser drei Patienten die Einverständniserklärung für die Studienteilnahme ausgefüllt. Deshalb haben wir bei unserem nächsten Treffen beschlossen, die behandelnden ÄrztInnen nach den Gründen für das Scheitern unserer Studie zu befragen. Diese Befragung wurde durch Dr. med. Priska Bützberger mit Survey Monkey durchgeführt. Bei dieser Befragung haben 9 von 14 ÄrztInnen geantwortet. Drei der Befragten gaben an, sich bei der Anfrage zur Studienteilnahme „unwohl“ oder „unter Druck“ gefühlt zu haben. Dieses Unwohlsein wurde von den betreffenden drei ÄrztInnen gleichzeitig als Grund für den fehlenden Einschluss von Patienten in die Studie genannt. Als weitere Gründe wurden in allen Rückmeldungen der Zeitmangel sowie die Überforderung genannt, neben vielen Informationen zur Therapie noch Informationen für die Studienteilnahme abzugeben. Hingegen wurde die Fragwürdigkeit der Untersuchung in keiner Rückmeldung als Grund für den fehlenden Patienteneinschluss genannt. Auch gaben alle ÄrztInnen in der Rückmeldung an, dass sie eine solche Untersuchung grundsätzlich sinnvoll finden. Im Hinblick auf eine erfolgreiche Durchführung der Studie gaben die Befragten die Empfehlung ab, die Abgabe der Studieninformation über die Pflege laufen zu lassen. Wie unsere Abklärung mit den Pflegenden ergab, lehnte die Pflege diese Verantwortung mit denselben Argumenten des Zeitmangels ab. Deshalb trafen wir im März 2016 die Entscheidung, diese Studie bei den Patienten einzustellen. Wie die Präsentation unserer Ergebnisse im Rahmen der Spiritual Care Tagung im April 2016 eindrücklich zeigte, bestand auch in unserem Projektteam eine grosse Hemmschwelle, mit Patienten über das Thema Spiritual Care zu sprechen. Zu gross ist die Befürchtung, von Patienten als „esoterisch“, „aufdringlich“ oder „fundamentalistisch“ eingeschätzt zu werden.

9.3 Studienergebnisse der Mitarbeiterbefragung

Bei der ersten Mitarbeiterbefragung haben 28 Fachpersonen (6 ÄrztInnen, 19 Pflegende, 2 PsychologInnen und 1 SeelsorgerIn) den Fragebogen beantwortet. Dies entspricht einem Rücklauf von 36%. Im Fragebogen zu den Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von Ärztinnen und ÄrztInnen (ARAZ)⁵⁷¹ wurden die Mitarbeitenden zu ihrem *aktuellen* und *gewünschten* Zeitaufwand in folgenden Bereichen befragt: Berufliche Weiterbildung, persönliche Interessen, Beziehungen zu Partnern/Kindern/Freunden, Patienten und Administration. Wie der Vergleich mit den Daten der unter den

⁵⁷¹ Meyer, P. C. & Gruppe Public Mental Health (2010): Ergebnisse zur Nationalfonds-ÄrztInnenbefragung zur Arbeitszufriedenheit von Ärztinnen und ÄrztInnen in unterschiedlichen Praxiskontexten (ARAZ). Zürich: Psychiatrische Universitätsklinik

Gütekriterien beschriebenen Nationalfondsstudie der Gruppe Public Mental Health aus dem Jahr 2010 verdeutlicht,⁵⁷² zeigten sich bei der Berufsgruppe der ÄrztInnen in folgenden Bereichen statistisch signifikante Veränderungen zwischen dem IST- und SOLL-Zustand: Administration, Zeit für Partner/Kinder sowie persönliche Interessen. So hat die Einführung der Fallpauschalen im Jahr 2012 zu einem deutlichen Mehraufwand an administrativen Tätigkeiten geführt. Diese Zunahme der Belastung zeigt sich auch im Antwortverhalten auf die Fragen der Irritationsskala zur Erfassung psychischer Beanspruchung im Arbeitskontext (IS).⁵⁷³ Zwar unterscheiden sich die Mittelwerte der Gesamtstichprobe nicht signifikant von der Normstichprobe der Autoren in der Bevölkerung. Jedoch zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen. So geben in unserer Stichprobe die ÄrztInnen signifikant höhere Werte in den Bereichen kognitive und emotionale Irritation an ($p > 0.05$). Dabei zeigt sich eine statistisch signifikante Korrelation zwischen kognitiver/emotionaler Irritation und dem angegebenen Stress sowie der aktiven Unterstützung durch Arbeitskollegen ($p > 0.05$). Interessant ist der Befund, dass die Korrelation mit dem Arbeitspensum und der Unterstützung durch Partner/Freunde in unserer Studie statistisch nicht signifikant ist. So wird bei Ärztinnen und ÄrztInnen Stress dann signifikant reduziert, wenn sie mit ArbeitskollegInnen über berufliche Probleme sprechen. Diese Ergebnisse sind insofern nachvollziehbar, als dass Partner und Freude berufliche Probleme nicht in ihrer vollen Dimension nachvollziehen können, da sie meist nicht im selben Beruf oder derselben Institution arbeiten. Aus dieser Perspektive ist eine gute Zusammenarbeit mit BerufskollegInnen von grosser Bedeutung, die es institutionell zu unterstützen gilt. Wie unsere Daten zeigen, besteht im Hinblick auf das Stresserleben kein signifikanter Zusammenhang mit dem Arbeitspensum. Dies erstaunt deshalb, weil heutzutage auch einige ÄrztInnen in kleineren Arbeitspensum von 50%-60% arbeiten.

Ein für diese Studie bedeutsamer Befund ist die statistisch signifikante Korrelation zwischen der Frage, ob sich die Befragten als spirituell bezeichnen und der angegebenen kognitiven/emotionalen Irritation ($p > 0.05$). Analog dazu zeigt auch eine Regressionsanalyse zwischen der Selbstbezeichnung als spirituell und der (auf einer Skala von 0-100) angegebenen Belastung statistisch signifikante Ergebnisse. Ob sich Fachpersonen selbst als „spirituell“ bezeichnen, ist in unserer Studie nicht abhängig von der Berufsgruppe. Wirft man einen Blick in die Daten, so stellt man – entgegen der Erwartung – fest, dass nicht diejenigen Personen geringe Werte bei der Belastung und kognitiven/emotionalen Irritation

⁵⁷² Nationalfondsprojekt der Psychiatrischen Dienste der Universität Zürich von Prof. Dr. P.C. Meyer. Erläutert in: Nordt, C. (2003). Strukturwandel der medizinischen Grundversorgung. Ursachen der ärztlichen Arbeitszufriedenheit in verschiedenen Praxismodellen. Dissertation an der Universität Zürich, begleitet durch Prof. Dr. P.C. Meyer., S. 122.

⁵⁷³ Mohr, G., Rigotti, T. & Müller, A. (2005): Instrumente der Arbeits- und Organisationspsychologie. Irritation - ein Instrument zur Erfassung psychischer Beanspruchung im Arbeitskontext. Skalen- und Itemparameter aus 15 Studien. In: *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 49 (1), S. 44–48.

angeben, die sich selbst als „spirituell“ bezeichnen (siehe Item Cur24 im Curling-Fragebogen der Mitarbeiter, S. 6).

9.4 Diskussion der Studienergebnisse

Die Studienergebnisse werden nun in Bezug auf die in Kapitel 1.3 beschriebenen Fragestellungen reflektiert und diskutiert:

Interpretation der Studienergebnisse in Bezug auf die Forschungsfragen

Bedeutung von Spiritualität in den institutionalisierten Religionen und in den Seelsorgetraditionen

Es ist charakteristisch für die institutionalisierten Spiritualitätsformen, dass sie in ihrer kulturellen Tradition und Sprache untersucht werden. Dabei gibt es eine breite Fülle an Untersuchungen, die sich auf spirituelle Manifestationen in den verschiedenen Weltreligionen beziehen.⁵⁷⁴ Auf der Grundlage der vorliegenden Arbeit lässt sich die Frage nach der Beziehung von Spiritualitätsforschung und Aszetik dahingehend beantworten, dass die Aszetik zur Hermeneutik von gelebter Religion wird. Christliche Spiritualität wird im Wesentlichen als Gestaltungs- und Wandlungsprozess aufgefasst, den ein Mensch durch die göttlich-menschliche Interaktion erfährt. Diese Wandlung wird als „Transformationsprozess“ eines gegenseitigen sich Herausbildens zwischen dem göttlichen und menschlichen Pol beschrieben.

Bedeutung von Spiritual Care in der Gesundheitsforschung und Charakteristika der Spiritualitätskonzeptionen von medizinischen Fachpersonen

Die Ökonomisierung im Gesundheitswesen hat dazu geführt, dass die Behandlung und Begleitung von Patienten nach funktionalistischem Denken erfolgt. Analog zu evolutionsbiologischen Prozessen in der Natur, haben sich in der Medizin evidenzbasierte Behandlungs- und Arbeitsmethoden durchgesetzt, welche den Kriterien der Effizienz und Wirtschaftlichkeit am besten entsprechen. Analog dazu werden auch Kultur und Werte in Organisationen zunehmend einem wirtschaftlichen Paradigma unterworfen. Der moderne Mensch ist herausgefordert, im Arbeitsleben Bestleistungen zu erbringen, eine erfüllte Partnerschaft zu führen, und sich um die Erziehung der Kinder zu kümmern. Dabei ist der Ausdruck bezeichnend, dass der moderne Mensch im Multitasking seines Alltags oft nur noch „funktioniert“. Angesichts dieser hohen Anforderungen erschliesst sich Spiritualität durch eine vielseitige, imaginative

⁵⁷⁴ König und Pargament haben sich in ihren Forschungsarbeiten mit religiösen Ausdruckformen in Verbindung mit religiösen Coping-Strategien beschäftigt, siehe dazu: Koenig, H.G., George, L.K. & Siegler, I.C. (1988): The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. In: *Gerontologist* 28, S. 303–310; siehe auch die Studie zu: Pargament, K.I., Ensing, D.S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., Van Haitsma, K.V. & Warren, R d(1990): God help me: Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. In: *American Journal of Community Psychology* (18), S. 793–824; siehe auch die Arbeiten von Dr. Victoria Harrison: The Pragmatics of Defining Religion in a Multi-cultural World, published in *The International Journal for Philosophy of Religion* 59 (2006): 133–152.

und empirische Zugangsweise, die Kraft und Fülle verspricht. Spiritualität genießt bei medizinischen Fachpersonen durch ihre Ausdrucksweisen der Selbsttranszendenz eine grosse Popularität. Dabei weckt die Entmystifizierung der Welt durch die Wissenschaft das Bedürfnis, ausserhalb der Religionen nach dem Sinn und der Bedeutung des Lebens zu suchen. Deshalb zeigt sich bei medizinischen Fachpersonen eine breite Vielfalt an Spiritualitätsformen. Besonders beliebt scheinen buddhistisch orientierte Achtsamkeitsverfahren oder das Gedankengut des New Age zu sein. Trotz dieser Vielfalt an Spiritualitätsformen basieren die meisten Forschungskonzepte in der Spiritual Care und Gesundheitsforschung auf der perennialistischen Tradition, Transzendenz als universelles und unveränderliches Konstrukt gelebter Spiritualität zu erfassen.

Platz von konfessioneller Seelsorge und Spiritual Care im Gesundheitswesen

Spiritualität wird in der Medizin gemäss funktionalistischem Verständnis wesentlich als „faith factor“ oder „health factor“ betrachtet, der bei schwerkranken Patienten einen bedeutsamen Beitrag zum Wohlbefinden und zur Lebensqualität leistet. Dagegen definiert sich die Spiritualitätskonzeption von Spitalseelsorgenden zu einem grossen Teil über das Anders-Sein und Anders-Denken in einem neutralen und geschützten Zwischenraum. So fühlen sich Seelsorgende nicht primär dem System Krankenhaus, sondern vielmehr den Kranken und ihren Angehörigen verpflichtet. Diese prophetische Dimension der Seelsorge propagiert um der Menschen willen eine systemdistanzierte kritische Position. Aus Solidarität mit dem Notleidenden sieht die Seelsorge ihren Beitrag darin, Not verursachende Strukturen beim Namen zu nennen sowie systeminterne Logik zu hinterfragen.

9.5 Herausforderungen für die Umsetzung von Spiritual Care im Gesundheitswesen

Im Rahmen dieses Forschungsprojekts ist es nicht gelungen, ein interprofessionelles Schulungskonzept umzusetzen. Wie sich an den verschiedenen Forschungskongressen gezeigt hat, wurden ähnliche Erfahrungen auch in anderen Ländern wie Deutschland, USA und den Niederlanden gemacht. Diese werden international damit begründet, dass eine allgemeingültige Definition von Spiritualität fehlt. Deshalb beginnt nach acht Jahren ein erneuter Definitionsversuch für ein Konzept, das sich in einer pluralistischen und multikulturellen Gesellschaft wohl kaum in eine gemeinsame Sprache bringen lässt. Im letzten Jahr wurden an der Universität Zürich ein neuer Lehrstuhl, sowie an den Universitäten Bern und Basel CAS- und MAS-Studiengänge eingerichtet. Jedoch zeigt die Auseinandersetzung an den verschiedenen nationalen und internationalen Tagungen, dass in der Praxis bislang kaum Forschungsprojekte durchgeführt werden konnten. Am internationalen Forschungskongress in Malta sind vor drei Jahren einige erfolgsversprechende Forschungsprojekte angekündigt worden. Diese waren zwei Jahre später am internationalen Kongress in Danzig plötzlich von der Bildfläche verschwunden. Stattdessen stützten sich die Referate weitgehend auf persönliche Erfahrungen mit dem Hinweis, dass die Forschung „nicht so wichtig“ sei. Einige Studierende sind angesichts des Studienaufwands enttäuscht, in

ihrer Institution keine Perspektive für die praktische Umsetzung zu erhalten. Zu wenig überzeugend ist für die Institutionen in einem ökonomisierten Umfeld der konkrete Nutzen dieses neuen Weiterbildungsgangs. Auch im internationalen Vergleich zeigen sich gewisse Widersprüche in den Publikationen. So betont z.B. die Consensus Conference die Bedeutung von Begriffen wie „Compassion“ und „Liebe“ eines „heilenden Umfeldes“. Gleichzeitig hält sie in derselben Publikation fest, dass immer mehr medizinische Fachpersonen unter Burnout leiden. Die ökonomisierte Arbeitswelt gestaltet sich immer mehr als Herausforderung für Spiritual Care.

Zusammenarbeit zwischen der ökonomisierten Medizin und der Seelsorge

Als Herausforderung für die interprofessionelle Zusammenarbeit erweist sich auch der Graben zwischen der ökonomisierten Medizin und der Seelsorge. Wie die Studie von Schweizer und Noth mit 86 Spitalseelsorgerinnen und Seelsorgern zeigt, beschreibt sich die Seelsorge als unabhängige, von aussen kommende Disziplin, die explizit nicht der Zweckrationalität des Gesundheitswesens untersteht, sondern sich in einem neutralen und geschützten Zwischenraum bewegen kann.⁵⁷⁵ Wie die Ausführungen in Kapitel 7.1. zur Handreichung des SEK zeigt, steht das Vertrauen des Geheimnisherrn oder Geheimnishaerrin grundsätzlich an oberster Stelle.⁵⁷⁶ Die Interviews mit Ärztinnen und Ärzten in unserer Studie haben gezeigt, dass die Zusammenarbeit mit der Seelsorge sehr unterschiedlich bewertet wird. Während die einen über eine gute Zusammenarbeit berichten, beschreiben andere die Problematik, dass die Seelsorge zwar an interprofessionellen Rapporten teilnehme, aber sich nicht am Informationsaustausch beteiligen würde. Wie die Studienergebnisse von Winter-Pfändler und Morgenthaler gezeigt haben, wird die Zusammenarbeit mit der Pflege und den Stationsleitungen als sehr wertschätzend beschrieben.⁵⁷⁷ Obwohl die Autoren an zwei Stellen darauf verweisen, dass in internationalen Studien die medizinischen Leiter und der Bereich Medizin die Seelsorge als weniger wichtig einstufen, wurden diese Kennwerte in der Schweizer Studie nicht erhoben.⁵⁷⁸

Auch in der Studie von Schweizer und Noth wurde im Fragebogen erhoben, wie Seelsorgerinnen und Seelsorger die Zusammenarbeit mit der Medizin auf der institutionell-organisatorischen, kommunikativen, persönlichen, fachlichen und religiös-spirituellen Ebene empfinden.⁵⁷⁹ Dabei standen den Seelsorgerinnen und Seelsorgern folgende Antwortmöglichkeiten zur Verfügung: „nicht vorhanden, miserabel, schlecht, durchschnittlich, gut und ausgezeichnet“. Jedoch gibt es in dieser Publikation „Spiritual Care aus Sicht von Seelsorgenden“ keine Angaben, wie diese Frage von den Seelsorgerinnen und

⁵⁷⁵ Schweizer, E. & Noth, I. (2017): Spiritual Care aus Sicht von Seelsorgenden. Ein explorativer Überblick zu Spiritual Care aus der Sicht der Seelsorge. In: Noth, I., Wenz, G. & Schweizer, E.: Pastoral and Spiritual Care across Religions and Traditions, S. 224/225.

⁵⁷⁶ Handreichung des SEK (2016): Dem Anvertrauten Sorge tragen. Das Berufsgeheimnis in der Seelsorge, S. 70.

⁵⁷⁷ Siehe die Ausführungen in Kapitel 5.2.5 zum Spiritualitätsverständnis der Seelsorge: Winter-Pfändler, U. & Morgenthaler, Ch. (2010): Rolle und Aufgabe der Krankenhausseelsorge in den Augen von Stationsleitungen. Wege zum Menschen 62. Jg., 585-597

⁵⁷⁸ Ebd., S. 587 erster und zweiter Abschnitt.

⁵⁷⁹ Schweizer, E. & Noth, I. (2017): Spiritual Care aus Sicht von Seelsorgenden, S. 217.

Seelsorgern beantwortet worden ist. Deshalb lässt sich aufgrund dieser beiden für die Seelsorge zentralen Publikationen schliessen, dass es für die Schweiz bislang keine gesicherten empirischen Studien zur Evaluation der Zusammenarbeit zwischen Medizin und Seelsorge gibt.

Weiter waren wir in unserer interprofessionellen Studie mit folgenden Herausforderungen konfrontiert:

Unbehagen im Zusammenhang mit dem Spiritualitätsbegriff

Es zeigte sich bei den ÄrztInnen im naturwissenschaftlich geprägten Arbeitsumfeld ein Unbehagen, Patienten für eine Studienteilnahme zum Thema „Spiritual Care“ anzufragen. Dabei äussern sie eine Hemmung gegenüber dem Spiritualitätsbegriff, da sie von Patienten nicht als „religiös“, „fundamentalistisch“ oder „esoterisch“ wahrgenommen werden wollen.

Widersprüche im Klinikalltag

Wie sich in der Praxis gezeigt hat, steht das von medizinischen Fachpersonen als „uneingeschränkt positiv“ wahrgenommene Spiritualitätsverständnis in deutlichem Widerspruch zum ökonomisierten Klinikalltag. So betont z.B. auch die Consensus Conference die Bedeutung von Begriffen wie „Compassion“ und „Liebe“ eines „heilenden Umfeldes“. Gleichzeitig hält sie fest, dass immer mehr medizinische Fachpersonen unter Burnout leiden.

Säkularisierung der Gesellschaft

Religiöse Rituale, welche die Bedeutung eines geteilten Sinnverständnisses in der Gemeinschaft symbolisieren, entsprechen kaum mehr den Bedürfnissen und der Kultur einer individualisierten Gesellschaft. Obwohl sich SeelsorgerInnen als offen für alle Weltanschauungen und Religionen verstehen, sind ihr Weltbild und ihre Handlungen durch das christliche Gedankengut geprägt.

Zeitdruck

In unserer Studie haben sich die ärztlichen Zeitfenster für die Patientengespräche als zu kurz erwiesen, um die Patienten auf die Studie aufmerksam zu machen. So befürchteten ÄrztInnen, durch eine Studieninformation ein weiteres Gesprächsfeld zu eröffnen, das sie unter Zeitdruck bringt.

Gefässe für die interprofessionelle Zusammenarbeit

Bei der Umsetzung des Konzepts hat sich gezeigt, dass es im Klinikalltag immer weniger Zeitfenster für den interprofessionellen Austausch gibt. So werden die wenigen zur Verfügung stehenden Zeitressourcen vorwiegend für die Planung von medikamentösen oder diagnostischen Interventionen und weniger für die Besprechung von psychosozialen Problemen genutzt.

Nach verschiedenen Anpassungen unseres Studiendesigns kamen wir in unserem Forschungsprojekt schliesslich zum Schluss, dass eine erfolgreiche Umsetzung von Spiritual Care in den Institutionen nur durch eine sorgfältige und differenzierte Analyse der Widerstände erfolgen kann. Dies führte zu folgenden Schlussfolgerungen:

- 1) Um die Komplexität der verschiedenen Systeme innerhalb des Gesundheitswesens in ihrer Tragweite zu verstehen, braucht es eine fundierte Auseinandersetzung mit systemtheoretischen Konzepten.
- 2) Es erfordert fundierte Kenntnisse über das Gesundheitsmanagement in Spitälern, um die Bedeutung effizienzsteigernder Prozesse auf die medizinisch-therapeutische Behandlung und die Zukunft des Gesundheitswesens zu verstehen.

Weiterbildung in Health Care Management

Diese beiden Massnahmen wurden im Sommer 2016 im Rahmen unseres Nationalfonds- Kooperationsprojekts zwischen der Universität Zürich und dem Kantonsspital Baden AG umgesetzt. Die Projektleiterin absolvierte an der HSG St. Gallen eine CAS-Weiterbildung in Gesundheitsmanagement und hat sich mit Unterstützung von Prof. Dr. Jean-Pierre Wils von der Universität Nijmegen mit dem systemtheoretischen Ansatz von Niklas Luhmann auseinandergesetzt. Wie das nächste Kapitel 12 zeigt, liessen sich die komplexen sozialen Systeme und Kommunikationsprozesse in der Organisation Krankenhaus aus einer konstruktivistischen und funktionalistischen Perspektive sehr gut erschliessen.

Schlussfolgerungen der Auseinandersetzung mit dem Gesundheitsmanagement

Diese Auseinandersetzung mit dem Gesundheitsmanagement sowie die im Rahmen des Weiterbildungsgangs an der HSG geführten Gespräche mit Klinikdirektoren und –managern haben in Bezug auf die künftige Entwicklung des Gesundheitswesens zu folgenden Schlussfolgerungen geführt:

Optimierung und effiziente Gestaltung von Arbeitsabläufen

Im Rahmen des neuen Management-Konzepts Lean Hospital laufen in vielen Institutionen Bestrebungen, Gespräche und medizinische Handlungen künftig in der Interaktion mit dem Patienten und nicht im Büro zu dokumentieren. Im Zuge dieser Entwicklung werden in Institutionen immer mehr Büroräume und Stationszimmer aufgehoben. Dies hat zur Folge, dass es immer weniger Raum für den interprofessionellen Austausch gibt. Aufgrund dieser Entwicklungen erscheint es in Zukunft wenig sinnvoll zu sein, Konzepte wie Spiritual Care in Form einer interprofessionellen Zusammenarbeit zu implementieren.

Ganzheitlichkeit liegt vorwiegend im Selbstmanagement des Patienten

Das Bedürfnis eines ganzheitlichen medizinisch-therapeutischen Behandlungsangebotes ist bei medizinischen Fachpersonen hoch. Jedoch werden im Klinikalltag künftig immer weniger Ressourcen für koordinierende Absprachen mit anderen Berufsgruppen zur Verfügung stehen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass der Patient, und nicht das Behandlungsteam, die verschiedenen bio-psycho-sozialen- und spirituell/existentiellen Interventionen koordiniert. Wie der Patient als „Kunde“ die für seine medizinisch-therapeutische Behandlung notwendigen Massnahmen bei den Spezialisten bezieht, so braucht es auch ein spezifisches Angebot, welches ihn bei einer komplexen chronischen Erkrankung in seinem Selbstmanagement unterstützt. Ein solches Angebot hat zum Ziel, die Betroffenen bei der ganzheitlichen Integration der verschiedenen Massnahmen in ihr Lebenskonzept zu unterstützen und dadurch Stabilität und Strategien für die Alltagsbewältigung zu vermitteln.

Fehlende finanzielle Mittel in den Institutionen

Die Auseinandersetzung mit Spitalleitungen hat weiter gezeigt, dass bei der aktuellen Entwicklung des Gesundheitswesens keine finanziellen Mittel für die Integration der spirituellen Dimension in den medizinisch-therapeutischen Behandlungskontext zur Verfügung stehen. Dies bedeutet, dass es künftig für chronisch und schwer kranke Patienten ausserhalb des institutionellen Behandlungssettings Angebote geben muss, die in Kooperation mit den Institutionen und Versorgungsnetzwerken stehen.

Konstruktivistisches Spiritualitätsverständnis

Analog zur funktionalisierten Lebenswelt, erschliesst sich auch der Sinn des menschlichen Daseins als konstruktivistische und funktionale Deutung von Ereignissen aus der individuellen Lebens- und Erfahrungswelt des einzelnen Individuums. Dieser Wandel wird in der vorliegenden Arbeit mit dem „Sense-making“-Begriff zum Ausdruck gebracht.

Prozesse von Sinnstiftung als Sensemaking

Viele Menschen in unserer modernen Gesellschaft verstehen ihr Leben dann als sinnvoll, wenn sie über subjektiv erreichbare und attraktive Ziele verfügen. Sind diese persönlichen Lebensziele durch eine Krankheit bedroht, können auch das Lebenskonzept und die Quellen von Sinnfindung ins Wanken geraten. Oft sind Menschen gerade in unsicheren und gefährdeten Lebenssituationen für die Auseinandersetzung mit Spiritualität besonders empfänglich. Wie unsere Projekterfahrungen gezeigt haben, lassen sich die verschiedenen Vorstellungen zu Transzendenz kaum als gemeinsames universelles Konstrukt erfassen. Vielmehr zeigt sich, dass die individuelle Lebensgeschichte von vielen soziokulturellen Einflüssen geprägt ist, die sowohl die Auseinandersetzung mit Spiritualität als auch die spirituellen Erfahrungen selbst wesentlich beeinflussen. Wahrnehmung, Erkenntnis und Wissen werden daher zu aktiven Prozessen von Ordnungsbildung und Sinnstiftung. Auf dieser Grundlage sollten Patienten im

Klinikalltag dabei unterstützt werden, Ereignisse, Entscheidungen und Handlungen sinnstiftend miteinander in Beziehung zu setzen und aus verschiedenen Perspektiven zu deuten.

Bedeutung von Sensemaking für das professionelle Wirken der verschiedenen Fachpersonen

Die vorliegende Arbeit kommt zum Schluss, dass PatientInnen in der Spiritual Care in ihrem individuellen Prozess unterstützt werden sollten, belastende Krankheitserfahrungen in sinnstiftender Weise so in die eigene Biographie zu integrieren, dass Bewältigungsressourcen gefördert und die Lebenskraft gestärkt wird. Nach diesem Verständnis definiert sich Lebensfülle heuristisch nicht als Massstab oder als Zustand, der sich durch externe Einflüsse und Kräfte von aussen „ereignet“ oder durch rituelle Handlungen Erfahrungen transzendiert. Wie das folgende Kapitel zeigt, bietet Luhmanns konstruktivistische Systemtheorie eine gute Grundlage für die interprofessionelle Umsetzung im Klinikalltag.

9.6 Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Diese verschiedenen Herausforderungen machen deutlich, dass es in der Umsetzung von Spiritual Care wesentlich um die Kernfrage geht, wie Spiritual Care in ein ökonomisiertes und funktionalisiertes Spitalumfeld integriert werden soll- und wie die Beziehung zwischen vermeintlich neutraler Spiritual Care und konfessionell gebundener Seelsorge bestimmt werden kann. Als Pionier für organisationale Aspekte in Spiritual Care hat Traugott Roser eine wichtige Arbeit geleistet. In seinen Werken hat er sich sowohl mit politischen und ökonomischen⁵⁸⁰ als auch mit organisationalen Aspekten in Theologie und Seelsorge⁵⁸¹ auseinandergesetzt. Auf der Grundlage dieser Auseinandersetzungen plädiert er für eine Integration der Krankenhausseelsorge ins Gesundheitswesen. Roser gründet dabei sein Spiritualitätskonzept auf einem weiten Spiritualitätsverständnis, wo es darum geht, die Begrenzungen konfessioneller Seelsorge zu überwinden.⁵⁸² Dabei skizziert er die Spannung einer solchen Lösung, dass Seelsorge zwar als integraler Bestandteil von Spiritual Care im Krankenhaus verstanden werden kann, jedoch als kirchliches Angebot systemextern finanziert und legitimiert wird.⁵⁸³ Diese Position hat in der Praxis eine breite Unterstützung gefunden, birgt jedoch verschiedene Herausforderungen. So stellt Gärtner die kritische Frage, ob ein neutraler „one-size-fits-all“ Ansatz, der es jedem recht machen will, nicht letztlich niemandem wirklich gerecht werde.⁵⁸⁴ Isolde Karle plädiert dafür, die individuelle Spiritualität eines Patienten als eine je konkrete wahrzunehmen.⁵⁸⁵ Dies mit der Begründung, dass die

⁵⁸⁰ Roser, T. (1996): Protestantismus und soziale Marktwirtschaft. Eine Studie am Beispiel Franz Böhms (= Entwürfe, Band 6). Dissertation. Universität München, Münster 1998.

⁵⁸¹ Roser, T. (2007): Spiritual care. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhausseelsorge. Ein praktisch-theologischer Zugang (= Münchner Reihe Palliative Care, Band 3).

⁵⁸² vgl. Roser, T. (2007): Spiritual Care. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhausseelsorge. Ein praktisch-theologischer Zugang, S. 269-271.

⁵⁸³ Ebd., S. 245 ff.

⁵⁸⁴ Gärtner, St. (2016). Krankenhausseelsorge vor der Herausforderung Spiritual Care. In: Praktische Theologie, 51.Jg. Heft 1, S. 52.

⁵⁸⁵ Karle, I. (2010): Perspektiven der Krankenhausseelsorge. Eine Auseinandersetzung mit dem Konzept Spiritual Care, in: Wege zum Menschen, 62 (2010), S. 544-546.

Weltanschauung des Patienten nicht in einem luftleeren Raum, sondern unter Bezugnahme auf kollektive Glaubensüberzeugungen und Praktiken entstanden ist.

Auch dieses Projekt geht von der Überzeugung aus, dass das Spiritualitätsverständnis wesentlich durch kulturelle und gesellschaftliche Einflüsse mitbestimmt ist. Jedoch sind in der modernen Gesellschaft wohl weniger kollektive Glaubensüberzeugungen, sondern vielmehr individuelle Ausprägungsformen bedeutsam. Wie in Kapitel 2 zur Forschungstradition des Konstruktivismus ausgeführt wurde,⁵⁸⁶ geht diese Tradition - im Gegensatz zum perennialistischen Spiritualitätsverständnis - wesentlich davon aus, dass bereits das Zustandekommen (und nicht erst die nachträgliche Interpretation) von spiritueller Erfahrung kultur- und kontextabhängig ist. So bestimmt die Sozialisierung durch Lehren und Schriften, Rituale und ethische Massstäbe als tradierte Narrative die spirituelle Erfahrung mit. Diese Traditionslinie erschien in unserem Forschungsprojekt vielversprechend im Hinblick auf die interprofessionelle Umsetzung von Spiritual Care.

Aufgrund dieser Überlegungen kommt das vorliegende Forschungsprojekt zum Schluss, den Einfluss der verschiedenen sozialen Systeme im komplexen Gesundheitswesen näher zu untersuchen. Dies mit dem Ziel eines besseren Verständnisses für die Vielfalt an Spiritualitätsformen, die wesentlich durch die Kultur dieser sozialen Systeme geprägt sind. Dabei hat sich die Systemtheorie von Niklas Luhmann als sehr hilfreich erwiesen, da auch die Grundlagen des systemischen Gesundheitsmanagements an der HSG St. Gallen auf Luhmanns Systemtheorie aufbauen. Dieser konstruktivistische Ansatz ermöglicht es, die verschiedenen Rationalitäten und „Sinngemeinschaften“ von Fachpersonen im Gesundheitswesen besser zu erschliessen und für die Implementierung von Spiritual Care fruchtbar zu machen. Deshalb widmet sich das folgende Kapitel diesen Grundlagen zu Luhmanns Systemtheorie.

⁵⁸⁶ siehe in Kapitel 2 die Ausführungen zu Katz, S. E. (1978): Language, Epistemology and Mysticism: In: ders. (Hrsg.), *Mysticism and Philosophical Analysis*, S. 30ff.

10. Die Grundlagen der Systemtheorie von Niklas Luhmann

Das folgende Kapitel soll in einem ersten Schritt dazu dienen, anhand von Luhmanns Grundriss einer allgemeinen Theorie⁵⁸⁷ die bedeutsamen Begriffe der Systemtheorie darzustellen und in ihrem Zusammenhang zu diskutieren. Diese Übersicht beginnt mit einer kurzen Zusammenfassung zum Aufbau von Luhmanns Werk und führt anhand der zentralen Begrifflichkeiten in Luhmanns Systemtheorie ein. Darauf aufbauend werden anschliessend die sozialen Systeme und Kommunikationsprozesse im Krankenhaus analysiert. Ziel dieses Prozesses ist es, Konzeptionen aus der allgemeinen Systemtheorie für die Implementierung von Spiritual Care zu nutzen. Luhmann wählt in seinem Aufbau der Theorie den Weg vom Allgemeinen zum Speziellen, indem er eine allgemeine Systemtheorie entwirft und damit die Verwendung des Begriffs „System“ begründet.⁵⁸⁸ Auf dieser Grundlage exploriert er seinen eigentlichen Gegenstand, den speziellen Typ des sozialen Systems. Sein Bestreben gilt dem Versuch, „*Formulierungen aus dem Bereich der allgemeinen Systemtheorie auf Fragen anzuwenden, die (...) für die sozialwissenschaftliche Diskussion relevant sind*“.⁵⁸⁹ Analog zu Luhmanns Vorgehensweise ist der Fokus der vorliegenden Arbeit darauf ausgerichtet, anhand der allgemeinen Systemtheorie die zentralen Fragestellungen in der Spiritual Care zu diskutieren. Aufbauend auf der Darstellung der allgemeinen Systemtheorie, analysiert Luhmann in einem zweiten Schritt die gesellschaftlichen Teilsysteme oder Funktionssysteme der Wirtschaft, Politik und Erziehung.⁵⁹⁰ Dieser Struktur folgt auch die vorliegende Arbeit, indem der Einfluss dieser Funktionssysteme auf die Organisation Krankenhaus analysiert wird. Anhand der aktuellen internationalen Forschungsliteratur wurde in einem ersten Teil dieses Promotionsprojekts eine allgemeine Konzeption von Spiritual Care entwickelt. In der zweiten Hälfte stellt sich jetzt die Frage, wie sich diese Konzeption, im Hinblick auf die komplexen Interaktionsprozesse im sozialen System Krankenhaus, umsetzen lässt.

Kommunikation als Operationsweise der Gesellschaft

Zentraler Gegenstand in Luhmanns systemtheoretischer Untersuchung ist die *Kommunikation* als Operationsweise der Gesellschaft. Die Kommunikationsprozesse sozialer Systeme werden gesteuert durch die Kommunikationsmedien Sprache, Druck und Schrift, die zur Voraussetzung für Kommunikation gehören, aber selbst nicht Teil der Kommunikation sind. Bei den sozialen Systemen unterscheidet Luhmann *Interaktionen*, *Organisationen* und *Gesellschaften*. In seiner Systemtheorie distanziert sich Luhmann nicht nur von der transzendentalphilosophischen und ontologischen Tradition, sondern auch vom Subjektbegriff. So verzichtet Luhmann auf jede substanzialisierte Auffassung von Individuen oder Akteuren, die als Träger bestimmter Eigenschaften die Bildung sozialer Systeme ermöglichen.⁵⁹¹ Durch

⁵⁸⁷ Als Grundlage dieses Kapitels dient Luhmann, N. (1987): Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie, S. 7-661.

⁵⁸⁸ Ebd., S. 30ff.

⁵⁸⁹ Luhmann, N. (2002): Einführung in die Systemtheorie, S. 593ff.

⁵⁹¹ Ebd., S. 156.

die Unterscheidung von System und Umwelt erschliesst sich die Möglichkeit, den Menschen als Teil der gesellschaftlichen Umwelt zugleich komplexer und ungebundener zu begreifen, als dies der Fall wäre, wenn er als Teil der Gesellschaft aufgefasst würde.⁵⁹² Wenn nun der Mensch als Teil der Umwelt der Gesellschaft statt als Teil der Gesellschaft selbst betrachtet wird, dann ändert das die Prämissen des klassischen Humanismus.⁵⁹³ Im Humanismus ist es nicht denkbar, den Körper und die Seele des Menschen zu trennen und weiter zu „zerlegen“. Dies führt zu einer stärkeren Bindung des Menschen an seine Lebensführung und die Gesellschaft, weil die Umwelt, im Vergleich zum System, eine höhere Komplexität und eine geringere Ordnung aufweist. Deshalb werden dem Menschen in der Systemtheorie grössere Freiheiten im Verhältnis zu seiner Umwelt zugeschrieben. Dies betrifft insbesondere auch Freiheiten zu unvernünftigem und unmoralischem Verhalten. Mit seiner Gedankenkonstruktion, dass nur soziale Systeme, aber nicht Menschen kommunizieren, grenzt sich Luhmann wesentlich von der Subjektbezogenheit der Theorie von Jürgen Habermas ab.

System/Umweltdifferenz als Ausgangspunkt der Systemtheorie Luhmanns

In seinem konstruktivistischen Ansatz beginnt Luhmann seine systemtheoretische Theorie nicht mit Einheit, sondern mit *Differenz*. Dadurch vertritt er einen „*differenztheoretischen und beobachtertheoretischen Ansatz*“.⁵⁹⁴ Systeme existieren, indem sie *operieren* und dadurch Differenz zu ihrer Umwelt erzeugen. Diese System/Umweltdifferenz hat auch für die zweite zentrale Aktivität, das *Beobachten* als Unterscheiden und Beschreiben, eine wichtige Bedeutung. Die Systeme nehmen die System/Umweltdifferenz als ihre Aussengrenze in sich auf und verwenden diese Abgrenzung als Kategorie ihres ganzen Unterscheidungs- und Beobachtungsprozesses. In diesem Sinne wird diese Differenz von System und Umwelt vom System einerseits erzeugt und andererseits beobachtet. Erkenntnisse über die Welt lassen sich nur als Erkenntnisse über die Umwelt von Systemen gewinnen. Daher ist die System/Umwelt-Differenz die „Leitdifferenz“ der Systemtheorie. Für die These, dass Systeme sich selbst erzeugen, verwendet Luhmann den Begriff der *Autopoiesis*⁵⁹⁵.

Autopoiesis und Selbstreferenz als Voraussetzungen für die Anschlussfähigkeit des Systems

Autopoiesis bedeutet, dass sich das System selbst aus den Elementen, aus denen die verschiedenen Systeme bestehen, produziert und reproduziert. Da Systeme nicht statisch aus Dingen, sondern dynamisch aus Operationen bestehen, verläuft die autopoietische Basisoperation immer gleich. Um zu existieren, müssen Systeme stets weiter operieren, damit die *Anschlussfähigkeit*⁵⁹⁶ des Systems aufrechterhalten wird. Diese Anschlussfähigkeit macht es erst möglich, von einem Ereignis zum nächsten zu

⁵⁹² Ebd., S. 289.

⁵⁹³ Ebd., S. 288.

⁵⁹⁴ Luhmann, N. (2002): Einführung in die Systemtheorie, S. 298.

⁵⁹⁵ Luhmann, N. (1987): Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie, S. 44 ff.

⁵⁹⁶ Ebd., S. 63ff.

gelangen. Um die Anschlussfähigkeit zu sichern, müssen alle autopoietischen Systeme ihre Operationen durch den Aufbau geeigneter Strukturen überprüfen. Luhmann bezeichnet diesen Vorgang als *Selbstreferenz*⁵⁹⁷, was bedeutet, dass die Systeme in der Konstitution ihrer Elemente und ihrer elementaren Operationen auf sich selbst Bezug nehmen. Um dies zu ermöglichen, müssen Systeme eine Beschreibung ihres Selbst erzeugen, damit die Differenz von System und Umwelt, als Prinzip der Erzeugung von Informationen, erschlossen werden kann. Selbstreferentielle Geschlossenheit ist daher nur in einem Bezug zur Umwelt möglich. So kann Selbstreferenz in den aktuellen Operationen des Systems nur realisiert werden, wenn das Selbst (gemeint als Element, Prozess oder System) durch sich selbst identifiziert und gegen ein anderes different gesetzt werden kann.⁵⁹⁸ Luhmanns Systemtheorie wird deshalb als „*Theorie autopoietischer, selbstreferentieller und operativ geschlossener Systeme*“ bezeichnet.⁵⁹⁹ Legt das System in der Selbstreferenz die Differenz von System und Umwelt zugrunde, wird dies in Luhmanns Systemtheorie als *Reflexion*⁶⁰⁰ bezeichnet. Analog zu Luhmanns differenztheoretischem Aufbau, müssen selbstreferentielle Systeme deshalb nicht mit der Identität, sondern mit der Differenz von *Identität* und *Differenz* zurechtkommen.

Das biologische, psychische und soziale System

Ein zentraler Begriff ist bei Luhmann auch die *Evolution*⁶⁰¹, mit dem das Konzept der Autopoiesis vom biologischen auf das psychische und soziale System übertragen wird. Luhmann unterscheidet drei Systeme: das *biologische*, *psychische* und *soziale System*. Diese operieren je auf eine ganz spezifische Weise. Es ist ein zentrales Charakteristikum für Luhmanns Systembegriff, dass Systeme sowohl über eine System/Umwelt-Differenz als auch über die Fähigkeit zur Autopoiesis verfügen. Die drei Systeme bestehen aus Operationen, die in Differenz zur Umwelt und in Autopoiesis operieren. Daher hat jeder Systemtyp auch seine spezifische Operationsweise. Das biologische System operiert durch Leben. So grenzt sich der Embryo im Mutterleib mit dem Akt des Lebens zugleich vom mütterlichen Körper ab, indem alles ausserhalb für ihn zur Umwelt wird. Da das biologische System in der Spiritual Care, im Vergleich zu den anderen beiden Systemen, eine marginale Rolle spielt, wird es an dieser Stelle nicht weiter erläutert. Nach Luhmanns Systemtheorie haben sich *psychische* und *soziale Systeme* in wechselseitiger Koevolution entwickelt, indem sie sich komplementär ergänzen. Psychische Systeme operieren durch Bewusstseinsprozesse wie Wahrnehmung, Denken, Fühlen, Wollen und Aufmerksamkeit. Diese Prozesse ermöglichen den sozialen Systemen, ihre physikalische Umwelt zu erfahren. Daher bildet das Bewusstsein eine Vermittlungsinstanz zwischen der Aussenwelt und der Gesellschaft. Im dritten Abschnitt seines Kapitels zur ‚*Individualität psychischer Systeme*‘, hebt Luhmann die Bedeutung

⁵⁹⁷ Ebd., S. 26ff.

⁵⁹⁸ Ebd., S. 27.

⁵⁹⁹ Ebd., S. 28.

⁶⁰⁰ Ebd., S. 26, 601 ff.

⁶⁰¹ Ebd., S. 20.

der Eigenständigkeit der Autopoiesis psychischer Systeme hervor.⁶⁰² Dies geschieht in Abgrenzung zu Theorien des individualistischen Reduktionismus. Luhmann versteht Individualität als zirkuläre Geschlossenheit der selbstreferentiellen Reproduktion, als ein Sich-selbst-Voraussetzen des Bewusstseins. Die Form, in der das psychische System sich der Kontingenz seiner Umwelt aussetzt, bezeichnet Luhmann mit dem Begriff der *Erwartung*. Da *Erwartung* ein zentraler Faktor bei der Bildung sozialer Strukturen ist, muss der Begriff entsprechend weit gefasst werden. Auf der Ebene des psychischen Systems definiert Luhmann Erwartung als Orientierungsform, mit der das System die Kontingenz seiner Umwelt in Bezug auf sich selbst abtastet und als eigene Ungewissheit in den Prozess autopoietischer Reproduktion übernimmt. Somit begründen Erwartungen beendbare Episoden des Bewusstseinsverlaufs.⁶⁰³ Sie basieren auf der Gewissheit, dass die autopoietische Reproduktion immer ununterbrochen weiterläuft. Erwartungen lassen sich, durch eine Verstärkung der Selbstbindung und des Betroffenseins, zu *Ansprüchen* verdichten, die als Differenz von Erfüllung und Enttäuschung charakterisiert sind.⁶⁰⁴ Der Prozess interner Anpassung an Erwartung und Enttäuschung erschliesst sich im System als *Gefühl*.

10.1 Die Bedeutung und Abgrenzung von Kommunikationsprozessen sozialer Systeme

Gesellschaft, Organisation und Interaktion als Subgruppen sozialer Systeme

Was bedeuten nun diese Erkenntnisse für das Verständnis der sozialen Systeme, die im Zentrum von Luhmanns Systemtheorie stehen? Analog zu den biologischen und psychischen Systemen bestehen auch die sozialen Systeme aus Operationen. Soziale Systeme operieren in Form von Kommunikation und sind deshalb *Kommunikationssysteme*. Das komplexeste und alle Kommunikationen einschliessende soziale System ist die *Gesellschaft*. In der modernen Gesellschaft haben sich als Teil- oder Subsysteme gesellschaftliche *Funktionssysteme* ausdifferenziert. Als Beispiel werden in Luhmanns Werk zur allgemeinen Systemtheorie die Wirtschaft, die Politik und die Erziehung näher ausgeführt. Im Zusammenhang mit Spiritual Care wird an dieser Stelle ebenfalls eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Subsystem Wissenschaft und Religion von Bedeutung sein. Als zweite Einheit im sozialen System werden *Organisationen* genannt, wie z.B. eine Politische Partei oder in unserem Fall ein Spital. Anhand des Beispiels des Spitals lassen sich verschiedene Subsysteme von Kommunikation (wie z.B. Einflüsse aus der Wirtschaft, der Politik, der Wissenschaft und Berufsverbänden) erschliessen. So können relativ autonome Sozialsysteme eigene Regeln der Erfassung und Reduktion von Komplexität institutionalisieren.⁶⁰⁵ Dadurch gewinnen sie die Möglichkeit neuartiger reduktiver Strategien, die in relativer Unabhängigkeit zur Umwelt angewandt werden können. Als dritte Subgruppe von Sozialen Systemen

⁶⁰² Ebd., S. 355 ff.

⁶⁰³ Ebd., S. 62.

⁶⁰⁴ Ebd., S. 363-364.

⁶⁰⁵ Luhmann, N. (1970): Soziologische Aufklärung. Soziologische Aufklärung 1. Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme, S. 83-115.

zählen die *Interaktionen* schliesslich zu den kleinsten Kommunikationseinheiten. Interaktionen können sowohl kleineren Kommunikationseinheiten (z.B. in einzelnen Arbeitsteams) vorkommen oder auch nur aus ganz kleinen und flüchtigen Moment-Kontakten bestehen. Wichtig ist, dass nach Luhmanns Verständnis ein soziales System weder aus einzelnen Individuen noch aus einer Gruppe von Menschen, sondern einzig aus Kommunikation gebildet wird. Luhmann begründet seinen Ansatz dahingehend, dass eine Beobachtung einzelner Individuen nicht auf die ganze Gesellschaft generalisiert werden kann. In diesem Sinne kommunizieren in Luhmanns Theorie nicht die Menschen, sondern die Kommunikation.

Ego und Alter als Sender und Empfänger im Kommunikationsprozess

Mit Interaktionssystem wird hier ein temporäres System bezeichnet, das dadurch zustande kommt, dass „Personen“ (bei Luhmann „Alter“ und „Ego“) zusammenkommen und in einer face-to-face-Situation kommunizieren. Luhmann unterscheidet im Kommunikationsprozess das „Ego“ als Sender (oder Absender) von einem „Alter“, dem Empfänger oder Adressaten. „Ego“ und „Alter“ können sowohl psychische Systeme als auch einzelne Personen oder Instanzen sein. Charakteristisch für das Kommunikationsverständnis von Luhmanns Systemtheorie ist ihre *Selektivität*. Das bedeutet, dass der Sender in der Kommunikation eine Auswahl an verschiedenen Möglichkeiten hat. Luhmann verwendet hierfür den Begriff der *Kontingenz*, was darauf verweist, dass eine Entscheidung gleichzeitig eine Entscheidung gegen unendlich viele andere mögliche Selektionen ist. Wie später am Beispiel von Luhmanns Sinnkonzeption gezeigt wird, ist die Auswahlmöglichkeit wesentlich durch „Sinn“ begrenzt.

Information, Mitteilung und Verstehen als zentrale Aktionen des Selektionsprozesses

Luhmann ordnet dem Selektionsprozess drei verschiedene Aktionen zu: Die Selektion der *Information*, die Selektion der *Mitteilung* und die Selektion der Annahme, die das *Verstehen* umfasst.⁶⁰⁶ Dabei bezieht sich der Prozess des Verstehens nicht auf den Inhalt der Mitteilung, sondern darauf, dass es sich um eine Mitteilung handelt. Mit dem Verstehen einer Mitteilung meint Luhmann das Verständnis des Selektionsprozesses, dass der Sender über viele Informationen verfügt und daraus eine bestimmte Information zur Mitteilung an den Empfänger ausgewählt hat. In diesem Sinne kommt nach Luhmann Kommunikation nur zustande, wenn zwischen Information und Mitteilung unterschieden wird, und dieser Unterschied verstanden wird. Im Gegensatz zu anderen Kommunikationstheorien, ist bei Luhmann eine erfolgreiche inhaltliche Verständigung keineswegs das Ziel der Kommunikation. Vielmehr versteht er Kommunikation als Operation, durch die sich soziale Systeme autopoietisch selber herstellen und erhalten. So setzt die inhaltliche Verständigung über den Sinn der Mitteilung erst „*ausserhalb*

⁶⁰⁶ Luhmann, N. (1984): Soziale Systeme, S. 67, S. 194 ff.

einer elementaren Kommunikation“⁶⁰⁷ an vierter Stelle der Anschlusskommunikation ein. Damit unterscheidet er den *Selektionssinn* vom Annehmen bzw. Ablehnen der Selektion als Prämisse eigenen Verhaltens für die *Anschlussfähigkeit* der Kommunikation. Somit finden an der Bruchstelle zwischen der ersten Kommunikationseinheit und der Anschlusskommunikation zwei selektive Arten von Verstehensakten statt. Diese Transformation vom einen zum andern Verstehensakt bietet eine Form des Übergangs von der einen zum Anfang einer neuen Kommunikation.

Doppelte Kontingenz von Selektionsprozessen: Ego und Alter

In der Kommunikation erfolgen Selektionsprozesse beliebig, was bedeutet, dass jede Komponente im Selektionsprozess für sich *kontingent* ist. Im Hinblick auf „Ego“ und „Alter“ haben wir es in der Systemtheorie mit einer *doppelten Kontingenz* zu tun. Dabei führen die Prozesse der Selektion zweier Instanzen in ihrer gegenseitigen Bezogenheit zu sozialer Ordnung, indem sie ein System bilden. Luhmann schreibt: „... unter dieser Bedingung doppelter Kontingenz wird jede Selbstfestlegung, wie immer zufällig entstanden und wie immer kalkuliert, Informations- und Anschlusswert für anderes Handeln gewinnen. Gerade weil ein solches System geschlossen-selbstreferentiell gebildet wird, also A durch B bestimmt wird und B durch A, wird jeder Zufall, jeder Anstoss, jeder Irrtum produktiv“.⁶⁰⁸ Offen bleibt die Frage nach der Einschränkung der Beliebigkeit der beiden Selektionsprozesse, damit die beiden Selektionen zusammenpassen. Hier verwendet Luhmann als Kontrollsystem für Kommunikationsprozesse den Begriff des *Mediums*⁶⁰⁹. Diese Medien sollen helfen, das aufgrund der doppelten Kontingenz Unwahrscheinliche in Wahrscheinliches zu transformieren.

Drei Typen von Kommunikationsmedien: Sprache, Verbreitungs- und Erfolgsmedien

Luhmann unterscheidet zwischen einem allgemeinen Medium *Sinn* und den drei *Kommunikationsmedien* Sprache, Verbreitungsmedien (Schrift, Druck, Massenmedien) sowie den symbolisch generalisierten Erfolgsmedien (wie z.B. Wahrheit, Liebe, Macht). Diese Medien motivieren ein Gegenüber zur Annahme des Kommunikationsangebotes. Kommen wir an dieser Stelle nochmals auf den bereits oben erwähnten Generalisierungsprozess der *Übertragbarkeit von Selektionsleistungen* zurück. Durch das symbolisch generalisierte Kommunikationsmedium der *Wahrheit* werden die Bedingungen präzisiert und spezifiziert, unter denen bestimmte Wahrnehmungen verschafft werden, deren Sinn als verbindend anerkannt wird.⁶¹⁰ Diese Bedingungen werden als operationale Regeln formuliert, die von anderen Strukturmerkmalen unabhängig sind und dadurch Überzeugungskraft vermitteln. Als weiteres symbolisch generalisiertes Kommunikationsmedium wird von Luhmann die *Macht* genannt, welche die

⁶⁰⁷ Ebd., S. 203.

⁶⁰⁸ Ebd., S. 165.

⁶⁰⁹ Ebd., S. 136ff.

⁶¹⁰ Luhmann, N. (1970): Soziologische Aufklärung. Soziologische Aufklärung 1. Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme, S. 83ff.

Übertragung und die Potenzierung der Reduktionsleistung individueller Entscheidungen ermöglicht. So verfügt der Machthaber, durch die Möglichkeiten von Belohnung und Sanktion, über mehr relevante Alternativen als der Machtunterworfenen, indem er in Organisationen Einfluss auf das Verhalten der Untergebenen nimmt.⁶¹¹ Im Unterschied zu Wahrheit und Macht beruht die *Liebe* als drittes symbolisch generalisiertes Kommunikationsmedium auf personengebundener Sympathie und gibt dadurch dem einzelnen Menschen besondere Massgeblichkeiten als Mitgestalter einer Nahwelt.⁶¹² Als viertes generalisiertes Kommunikationsmedium überträgt *Geld* einen bestimmten Anteil am gesellschaftlichen Potential wirtschaftlicher Befriedigungsmöglichkeiten. Dabei beruht die Selektivverstärkung auf der hohen Autonomie des durch das Medium vermittelten Verhaltens, da – dank einer vorselektierten und quantitativen Begrenzung – die Entscheidung über die Geldverwendung freigegeben werden kann. Dies macht es möglich, sich an die wechselnden Bedürfnislagen und Umstände anzupassen.⁶¹³

Gesellschafts- und Interaktionssysteme als Differenz zweier Arten von Systembildung

An dieser Stelle soll nun auf die *Differenz* näher eingegangen werden, welche die sozialen Systeme durchzieht und bei Luhmann als zwei Arten von Systembildung beschrieben werden: als Gesellschaftssysteme und Interaktionssysteme. Diese Differenz von Gesellschaft und Interaktion fällt bei Luhmann nicht mit der Differenz von System und Umwelt zusammen. Als wichtiger Aspekt zur Bestimmung des Verhältnisses der beiden Systeme wird der Zeitaspekt mit dem Begriff der *Episode* eingeführt.⁶¹⁴ Als Zäsuren in der Autopoiesis der Gesellschaft sind *Interaktionen* Episoden des Gesellschaftsvollzuges. Sie sind durch einen konkreten Anfang und ein Ende charakterisiert. *Gesellschaft* ist danach ein umfassendes Sozialsystem, das alles Soziale miteinschliesst und folglich keine soziale Umwelt kennt. Das bedeutet, dass es auf der Ebene des eigenen Funktionierens keine Umweltkontakte gibt. Alles, was Kommunikation ist, ist Gesellschaft.⁶¹⁵ Die Unterscheidung von aussen und innen lässt sich nur durch Kommunikation klären. Ähnlich haben auch die Interaktionssysteme hinreichend bestimmbare Grenzen, indem sie alles einschliessen, was als *anwesend* behandelt werden kann. Mit diesem Abgrenzungskriterium der Anwesenheit wird die besondere Bedeutung von Wahrnehmungsprozessen für die Konstitution von Interaktionssystemen zum Ausdruck gebracht.⁶¹⁶ *Wahrnehmung* wird zunächst als psychische Informationsgewinnung beschrieben, die durch die Artikulation doppelter Kontingenz zu einem sozialen Phänomen wird. So kann Ego sowohl sehen, *dass* Alter sieht, als auch *was* Alter sieht.

⁶¹¹ Ebd., S. 162.

⁶¹² siehe ⁶⁶⁹

⁶¹³ siehe ⁶⁶⁹

⁶¹⁴ Luhmann, N. (1984). Soziale Systeme, S. 553.

⁶¹⁵ Ebd., S. 555.

⁶¹⁶ Ebd., S. 560.

Strukturbildung von Kommunikationsprozessen

Bei genauerer Betrachtung wird deutlich, dass autopoietische Erfordernisse der Weiterführung von Kommunikation Strukturbildungen erzwingen. Kommt es zu einer solchen Strukturbildung, führt dies in Luhmanns Systemtheorie zur Bildung von *Interdependenzen*. Die Strukturbildung wird dadurch erzwungen, dass Kommunikation von blosser Wahrnehmung abgehoben werden muss. Dies macht es erforderlich, dass relevante Ereignisse sequenziert und Sachthemen strukturiert werden, und dass die Reihenfolge der Sprecher geklärt wird. Diese Grenze zwischen Kommunikation und Wahrnehmung bezeichnet Luhmann als „*evolutionäre Errungenschaft par excellence*“⁶¹⁷, da sich Systeme mit ihrer Hilfe zugleich öffnen und schliessen können. Die Gesellschaft garantiert die sinnhaft-selbstreferentielle Geschlossenheit des kommunikativen Geschehens, also für jede Interaktion auch Beginnbarkeit, Beendbarkeit und Anschlussfähigkeit ihrer Kommunikation.⁶¹⁸ Die gesellschaftliche Umwelt wird als Komplex anderer Verpflichtungen der Teilnehmer zur Geltung gebracht, was die Differenz von *System* und *Umwelt* verdeutlicht. Die Teilnehmer der Interaktion sind zugleich mit ihren anderen Bindungen und Rollenpflichten andere Personen, weil sich mit ihrer persönlichen Identität anderswo eine andere Geschichte und andere Erwartungen verbinden.⁶¹⁹ Nach Luhmanns Theorie liegt hier für den Einzelmenschen der Grund, sich selbst als Individuum und als Bezugspunkt des eigenen Person- und Rollenmanagements zu verstehen. Darin sind für das Interaktionssystem die Grundbedingung von Freiheit der Teilnehmer und auch die Bedingung für *doppelte Kontingenz* begründet. Dabei transformiert die Differenz von Gesellschaft und Interaktion *Bindung in Freiheit*. Diese Freiheit ist bei Luhmann konnotiert mit einer Freiheit zu unterschiedlicher Konditionierung von Selektion, da Komplexität mit Selektionszwang verbunden ist.

Kultur und Sozialisation als Selektionsmöglichkeiten und Ordnungsmuster

Je stärker sich das Gesellschaftssystem differenziert, desto mehr werden sich Interaktionsformen bewähren, die ein hohes Mass an Indifferenz in Bezug auf Auswirkungen für Nichtbeteiligte mitbringen. Zugleich macht die Differenz von Gesellschaft und Interaktion die Etablierung von *Selektionsmöglichkeiten* erforderlich. Weil Interaktionssysteme laufend aufgegeben werden, braucht es die übergreifende Semantik einer *Kultur*, um den Vorgang in Richtung auf Wahrscheinliches und Bewährtes hin zu steuern. So wirkt die Gesellschaft selektiv auf das, was als Interaktion vorkommt. Sozialisation erfolgt daher nicht durch den Import von kulturellen Vorstellungen oder Übertragung eines bestimmten Sinnmusters in das psychische System, sondern vollzieht sich als Selbstsozialisation. Sozialisation erschliesst sich in der Verbindung mit dem psychischen System, indem die autopoietischen Prozesse zur

⁶¹⁷ Ebd., S. 53.

⁶¹⁸ Ebd., S. 566.

⁶¹⁹ Ebd., S. 570.

Wahl derjenigen Strukturen gebracht werden, mit denen ein Individuum in der Gesellschaft zurechtkommt. Diese Kraft der Selektion liegt nicht in einer kausalgesetzlichen Mechanik oder Kontrolle der Komplexität, sondern ergibt sich aus „*an sich unwahrscheinlichen Ordnungsmustern, die trotzdem, aber nur unter Bedingungen, wahrscheinlich funktionieren*“.⁶²⁰ Ihr Grundvorgang bezieht sich auf die selbstreferentielle Reproduktion des Systems, das die Sozialisation an sich selbst bewirkt und erfährt.⁶²¹

Selbstreferenz des Systems als Basis aller Sozialisationsprozesse

Luhmann bezeichnet Sozialisation als Vorgang, der das psychische System und das durch dieses System kontrollierte Körperverhalten des Menschen durch Interpenetration formt. Analog zur Basis der Evolution liegt auch die Basis aller Sozialisationsprozesse in der Selbstreferenz des Systems, das sich reproduzieren und abweichende Reproduktion überdauern kann. Nach Luhmann ersetzt der Begriff der *Interpenetration* die Naturrechtslehren und soziologischen Versuche, die mit Rollen- und Bedürfnistheorien gearbeitet haben.⁶²² Dennoch macht die daraus folgende Komplexität einer Vielzahl von Handlungen, die selektiv miteinander verknüpft werden, eine Selektion notwendig. Diese Selektion erfolgt in unterschiedlicher Konditionierung. In der Bestimmung des Handelns filtert die Evolution diejenigen Handlungen heraus, die sich psychisch und sozial als akzeptabel erweisen und zerstört Handlungssituationen, Handlungskontexte und –systeme, indem sie ihnen die psychische oder soziale Konditionierung entzieht.

Binäre Schematismen als stabile Orientierungspunkte

Diese Distanz von Interaktions- und Gesellschaftssystem hat weitreichende Konsequenzen auch in Bezug auf das Verständnis von Moral. Die Komplexitätsproblematik interpenetrierender Systeme macht den allgemein bekannten Vorteil binärer Schematismen besonders evident. Durch den Schematismus ist das System selbst genötigt, sich auf die Kontingenz des Verhaltens und damit auf die Autonomie des Systems einzulassen.⁶²³ Binäre Schematismen sind eine Voraussetzung dafür, *wahre* und *falsche* Meinungen zu haben sowie *richtig* und *falsch* bzw. *gut* und *böse* zu handeln. Luhmann unterscheidet zwei verschiedene soziale Interpenetrationsformen: die soziale und die zwischenmenschliche Interpenetration. Unter zwischenmenschlicher Interpenetration versteht Luhmann die menschliche Suche nach stabilen Orientierungspunkten und Dispositionen in der Zweierbeziehung. Durch Kommunikation und Bildung eines sozialen Systems wird die Bereitschaft kommuniziert, sich auf den andern hin zu transzendieren. Jedoch können interpenetrierende Systeme durch ihre Komplexität die

⁶²⁰ Ebd., S. 588.

⁶²¹ Ebd., S. 328.

⁶²² Ebd., S. 290.

⁶²³ Ebd., S. 316.

Variationsmöglichkeiten des jeweils anderen Systems nie voll ausnutzen, das heisst ins eigene System überführen. Stattdessen muss ein Weg gefunden werden, der sparsamer umgeht. Für den Fall der Interpenetration von Mensch und sozialem System bedeutet dies, dass der soziale Sinn des Handelns primär danach beurteilt wird, ob es der Norm entspricht oder nicht.⁶²⁴ Dieses Normschema strukturiert Erfolg und Misserfolg, Akzeptanz und Ablehnung. Luhmann stellt nun die Frage, ob und in welcher Form die binäre Schematisierung der *Moral*, gleichermassen als Bindeglied für die zwischenmenschliche und soziale Interpenetration dienen könne.⁶²⁵ Für diese These spricht, dass die Vorstellungen zwischenmenschlicher Intimität lange Zeit an die Rücksichten auf die gesellschaftliche *Moral* gebunden waren. Jedoch erscheint die *Moral* nur bei einseitiger Betrachtung als Bindemittel, das die Menschen in der Gesellschaft hält. Vielmehr kann sie auch zu Abstossung und Konflikten führen. So kommt Luhmann zum Schluss, *Moral* nicht länger auf die Beziehung von Mensch und Gesellschaft zu beziehen, sondern auf Beziehung als Koordination zweier Interpenetrationsverhältnisse. Dadurch wird die *Moral* soziologisch auf die Frage bezogen, ob und unter welchen Bedingungen Menschen einander achten und missachten.

Moral als Gesamtheit von Bedingungen für Achtung oder Missachtung

Aus dieser Perspektive wird die *Moral* eines sozialen Systems bei Luhmann als Gesamtheit der Bedingungen bezeichnet, nach denen in diesem System über Achtung und Missachtung entschieden wird. Dies hat eine kontroverse Handhabung von Moralfragen zur Folge. Luhmann distanziert sich dezidiert von einer Ethik, welche das Sittengesetz um seiner selbst willen beachtet. Vielmehr wird der Naturbegriff systemtheoretisch durch sogenannte „anschlussfähigere“ und abstraktere Begriffe abgelöst, die den „Funktionsbezug“ der *Moral* betonen. Nach Luhmann ist *„Moral eine symbolische Generalisierung, die die volle reflexive Komplexität von doppelkontingenten Ego/Alter-Beziehungen auf Achtsamkeitsausdrücke reduziert und durch diese Generalisierung Spielraum für Konditionierungen und die Möglichkeit der Rekonstruktion der Komplexität durch den binären Schematismus Achtung/Missachtung eröffnet“*.⁶²⁶ Luhmanns Technik, die soziale und interpersonale Interpenetration zu fusionieren, setzt bei der Generalisierung von Einzelhandlungen auf die ganze Person und Spezifikation dieser Generalisierung durch Konditionierung an. Dadurch bestätigen Menschen einander wechselseitig die Bedeutung der Achtung des Anderen und machen diese Achtung von Bedingungen abhängig, die als Erfordernisse in das soziale Leben aufgenommen werden. Die Achtung des anderen Menschen wird so zum Bezugspunkt für die Erfordernisse sozialer Ordnung. Dabei variieren diese Erfordernisse in Bezug auf das, was dem Anderen als Bedingung für Achtung bzw. Achtungsverlust zugeschrieben wird. Wie Luhmann verdeutlicht, ist es in hochkomplexen Gesellschaften unvermeidlich, dass diese beiden Interpenetrationen

⁶²⁴ Ebd., S. 312.

⁶²⁵ Ebd., S. 317.

⁶²⁶ Ebd., S. 320.

auf der sozialen und zwischenmenschlichen Ebene auseinanderdriften und zu einer Lockerung von Bindungen im Bereich der Moral führen. So kann im Wandel gesellschaftlicher Differenzierung die soziale Interpenetration immer weniger zwischenmenschliche Interpenetration mitversorgen. Achtung wird entbehrlich und durch Einschätzung der Leistungs- und Zahlungsfähigkeit ersetzt. Aufgrund dieser Überlegungen gelangt Luhmann zur Schlussfolgerung, dass die Koordination von Einzelbeiträgen in den grossen Funktionsbereichen nicht mehr über Moral erreicht werden kann. So benötigt eine komplexe Gesellschaft für ihre Autopoiesis viele und verschiedenartige Erwartungen, dass sie diese nicht mit schematischen Konzeptionen wie Achtungsgewinn, Achtungserhaltung und Achtungsverlust konnotieren und sanktionieren kann. Wie wir später noch sehen werden, haben diese gesellschaftlichen Differenzierungsprozesse grosse Auswirkungen auf die Entwicklungen im Gesundheitswesen, die sich nicht so einfach durch binäre Schemata erklären und regulieren lassen.

10.2 Luhmanns Konzeption von Sinn

Die transzendente Tradition hatte es nahegelegt, die Klärung des Sinnbegriffs im Subjektbezug zu suchen und Sinn durch die subjektive Intention zu definieren. Anstelle eines Subjektbezugs setzt Luhmanns Ansatz ein differenziertes analytisches Instrumentarium ein, welches den Funktions- und Systembegriffen eine besondere Bedeutung zuschreibt.⁶²⁷ Der Sinnbegriff bezeichnet die Ordnungsform menschlichen Lebens, da die Strukturierung der Autopoiesis hohe Anforderungen stellt. Wie geht die moderne Gesellschaft mit Komplexität um, und wie können Instabilitäten verkraftet werden? Soziale Systeme gewinnen durch Generalisierung von Erwartung für systemzugehöriges Verhalten eine über die Struktur hinausreichende, die Systemgrenzen definierende Systemstruktur.⁶²⁸ Generalisierung der Erwartung bedeutet im Kern Vereinfachung und Reduktion von Komplexität. Im Unterschied zu den biologischen Systemen, lassen sich psychische und soziale Systeme durch den Sinngebrauch charakterisieren. Das Phänomen Sinn tritt als Form eines Überschusses von Verweisungen auf weitere Möglichkeiten des Erlebens und Handelns in Erscheinung. Luhmann spricht von einer „*immanenten Transzendenz des Erlebens*“.⁶²⁹ Die Bedeutung liegt darin, die Aktualität des Erlebens mit der Transzendenz seiner anderen Möglichkeit zu integrieren. Charakteristikum der Differenzierung von Aktualität und Potentialität ist die Überfülle des Möglichen, welche das handlungsmässig Erreichbare und Aktualisierbare überschreitet. Diese Komplexität einer Überfülle von Erleben und Handeln zwingt zur Selektion. Jedoch ist Sinn nach Luhmanns Verständnis kein selektives Ereignis, sondern eine selektive Beziehung zwischen System und Welt. Dabei bleibt die Komplexität anderer Möglichkeiten erhalten, wobei Sinn

⁶²⁷ Luhmann, N. (1971): Sinn als Grundbegriff der Soziologie. In: Habermas, J. & Luhmann, N., Theorie der Gesellschaft der Sozialtechnologie, S. 28.

⁶²⁸ Luhmann, N. (1970): Soziologische Aufklärung. Soziologische Aufklärung 1. Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme, S. 83-115.

⁶²⁹ Luhmann, N. (1971): Sinn als Grundbegriff der Soziologie. In: Habermas, J. & Luhmann, N., Theorie der Gesellschaft der Sozialtechnologie, S. 31.

in der Formbestimmung als „*Identität eines Zusammenhangs von Möglichkeiten*“ bezeichnet wird.⁶³⁰ Durch ihre Verweisungsstruktur zwingt die Sinnform funktional in den nächsten Schritt zur *Selektion*. Symbolische Generalisierungen verdichten die Verweisungsstruktur jeden Sinnes zu Erwartungen, die anzeigen, was eine gegebene Sinnlage in Aussicht stellt.⁶³¹

Sinn nicht als statisches und stabiles, sondern sich stets aktualisierendes Konstrukt

Umgekehrt führen und korrigieren die in konkreten Situationen benötigten und bewährten Erwartungen die Generalisierungen. Luhmann nennt das „*die Ausstattung des aktuell vollzogenen Erlebens oder Handelns mit redundanten Möglichkeiten*“⁶³², wodurch die Unsicherheit der Selektion kompensiert wird. Das bedeutet, dass sich das System Fehlgriffe leisten kann, weil die Möglichkeiten damit noch nicht erschöpft sind. Es lässt sich vom Ausgangspunkt her ein neuer Weg wählen. Reziprok zum Problem der Komplexität verhält sich die Formvorschrift Sinn auch zum Problem der *Selbstreferenz*. Jede Selbstintention ist insofern selbstreferentiell, als sie sich in ihrer Verweisungsstruktur selbst als eine unter vielen Möglichkeiten weiteren Erlebens und Handelns wieder aufnimmt. Dieser „*Sinnzwang, der allen psychischen und sozialen Prozessen auferlegt ist, hat Konsequenzen auf das Verhältnis von System und Umwelt und übergreift auch diese Differenz von System und Umwelt*“.⁶³³ Somit definieren sich Sinn Grenzen sowohl nach innen als auch nach aussen. Als evolutionäres Universale korrespondiert Sinn mit der These der Geschlossenheit selbstreferentieller Systembildungen. Zugleich wird Sinn in der Systemtheorie als Fluss, Prozess und Bewegung beschrieben, der sich selbst zum Wechsel zwingt. Aus dieser Perspektive erweist sich Sinn durch die laufende Aktualisierung von Möglichkeiten nicht als statisches und stabiles Konstrukt, sondern muss mit dem steten „Zwang“ zur Selbsterneuerung gebildet werden. „*Sinn haben heisst eben: dass eine der anschliessbaren Möglichkeiten als Nachfolgeaktualität gewählt werden kann und gewählt werden muss, sobald das jeweils Aktuelle verblasst, ausdünnt, seine Aktualität aus eigener Instabilität selbst aufgibt*“.⁶³⁴ Dabei erlaubt die Differenz von Aktualität und Möglichkeit auf der Zeitdimension eine zeitlich versetzte Handhabung und damit „*ein Prozessieren der jeweiligen Aktualität entlang von Möglichkeitsgrenzen*“.⁶³⁵

Sinn kann nur durch Verweisung auf jeweils anderen Sinn aktuelle Realität gewinnen. Der allen physischen und psychischen Systemen auferlegte „Sinnzwang“ hat auch für das Verhältnis von System und Umwelt Konsequenzen, da nicht alle Systeme Komplexität und Selbstreferenz in der Form von Sinn verarbeiten. Für sie wird Sinn deshalb zur Weltform, weil Sinn als Universalmedium die Differenz von System und Umwelt übergreift, und auch die Grenzen zur Umwelt Sinn Grenzen sind. Das bedeutet,

⁶³⁰ Ebd., S. 48.

⁶³¹ Luhmann, N. (1984): Soziale Systeme, S. 139.

⁶³² Ebd., S. 95ff.

⁶³³ siehe ⁶⁹⁰

⁶³⁴ Ebd., S. 100.

⁶³⁵ siehe ⁶⁹²

dass Sinn alle Operationen von psychischen und sozialen Systemen einschliesst. Nur durch sinnvermittelte Selektion können Systeme sich eine Welt konstituieren. Gleichzeitig wird durch diese Selbstreferentialität von Sinn die endlose Offenheit der Welt begründet. Für Luhmann gibt es daher keine „Sinnlosigkeit“, da der „Sinnzwang“ allen psychischen und sozialen Prozessen auferlegt ist und weder verneint noch vermieden werden kann. Dies macht deutlich, dass es in der Systemtheorie nicht um bestimmte inhaltliche Sinnentwürfe geht. Jeder Sinn ist deshalb widerspruchsfähig, weil der Widerspruch als Moment der Selbstreferenz verstanden wird und die eigene Negation als Möglichkeit einschliesst.⁶³⁶ Daher werden bestimmte Sinnentscheide aktualisiert und andere nicht. Dass Sinnentscheide nicht aktualisiert werden, ist in der Systemtheorie nicht gleichzusetzen mit ihrer Existenz. Durch seine Möglichkeit als Potential erhält Sinn zwei Seiten, die Luhmann in seinem differenzorientierten Ansatz als Einheit der Differenz von *Aktualität* und *Möglichkeit* definiert.⁶³⁷ So wird Sinn nicht als Gegensatz von *sinnvoll* und *sinnlos*, sondern von *aktualisiertem*, *gewähltem* oder *möglichem* Sinn definiert. Sinn hat in der Steuerung von Selektionen eine zentrale Bedeutung, und seine Implikationen sind sehr weitreichend. Deshalb kann die gängige Auffassung, dass Dinge in der Welt per se „sinnvoll“ oder „gut“ sind, aus systemtheoretischer Sicht nicht länger aufrechterhalten werden.

Luhmanns Sinndimensionen: Sach-, Zeit- und Sozialdimension

Zum Umgang mit einer scheinbar unendlichen Variantenvielfalt führt Luhmann drei fundamentale Unterscheidungen ein, die er als „Sinndimensionen“ bezeichnet: Die *Sachdimension*, die *Zeitdimension* und die *Sozialdimension*.⁶³⁸ Da die verschiedenen Dimensionen nicht für sich alleine, sondern nur in Verbindung miteinander auftreten, sollen sie zum besseren Verständnis im nächsten Kapitel kurz dargestellt werden. In Luhmanns Sinnkonzeption werden Ereignisse durch Steuerungsprozesse sinnhaft miteinander verbunden, indem eine Form der Verbindung auf andere Möglichkeiten verweist und dadurch den Zugang zu diesen ordnet.⁶³⁹ Diese Innen- und Aussendifferenz ermöglicht es, Inseln geringerer Komplexität in der Welt zu bilden und konstant zu halten. Das soziale System lernt, sich selbst und seine eigene Komplexität von seiner Umwelt und der Weltkomplexität zu unterscheiden.⁶⁴⁰

Steuerungsdimensionen in Luhmanns Sinnkonzeption

An dieser Stelle sollen Luhmanns „Sinndimensionen“ in seiner Systemtheorie etwas genauer betrachtet und diskutiert werden:

⁶³⁶ Ebd., S. 494.

⁶³⁷ Ebd., S. 100.

⁶³⁸ Luhmann, N. (1984): Soziale Systeme, S. 113.

⁶³⁹ Luhmann, N. (1970): Soziologische Aufklärung. Soziologische Aufklärung 1. Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme, S. 94ff.

⁶⁴⁰ Ebd., S. 147.

Sachdimension

Die *Sachdimension* grenzt mit ihrer Unterscheidung von „dies“ und „anderes“ einen Innen- und Ausenhorizont voneinander ab. Damit entsteht „Form“ als Möglichkeit, Grenzen zu überschreiten und daraus die entsprechenden Konsequenzen zu ziehen. Auf sachlicher Ebene werden Erwartungen, durch situationsunabhängige Identifikation ihres Sinnes und Grundes, von konkreten *Personen*, *Rollen* und *Entscheidungsprogrammen* generalisiert.⁶⁴¹ *Person* bezeichnet in Luhmanns Systemtheorie weder ein psychisches System noch ein ganzer Mensch. Vielmehr wird eine Person konstituiert, um Verhaltenserwartungen zu ordnen, die nur durch sie gelöst werden können.⁶⁴² Mit Hilfe des psychischen Systems und des Körpers werden Erwartungen an das Personsein gezogen und gebunden. Je mehr und je verschiedenartigere Erwartungen auf diese Weise individualisiert werden, desto komplexer ist die Person. In dieser Ausformung von Person kommt es zur Differenzierung von Person und *Rolle*. Im Gegensatz zur individuellen Person dienen Rollen als abstrakter und allgemeiner gefasste Gesichtspunkte der Identifikation von Erwartungszusammenhängen.⁶⁴³ Somit bezeichnet eine Rolle, wie z.B. ein Arzt zu sein, einen Ausschnitt des Verhaltens eines Menschen. Diese lässt sich an der Differenz von Amt und Person ablesen. Wie Luhmann ausführt, ist formale Organisation nur dank dieser Trennung von Person und Rolle möglich. Wenn nun die Begrenzung von Verhaltensmöglichkeiten über eine Einzelperson hinausgeht, spricht Luhmann von der Erwartungsordnung der *Programme*. Luhmann bezeichnet ein Programm (wie z.B. eine chirurgische Operation) als einen Komplex von Bedingungen „richtigen“ Verhaltens, um Zweck- und Bedingungsordnungen zu übergreifen.⁶⁴⁴ Auf der letzten Ebene der Erwartungsfestlegung fungieren die *Werte*, um Handeln zu bewerten. Die Wertegesichtspunkte für das Handeln werden von Luhmann in „positiv“ und „negativ“, nicht in „richtig“ und „falsch“ eingeteilt.⁶⁴⁵ Der Grund dafür liegt in der fehlenden Rangordnung und Transitivität einer Vielzahl von Werten. Nimmt man die vier Abstraktionsebenen *Person*, *Rolle*, *Programm* und *Werte* zusammen in den Blick, dann stellt man fest, dass sich die bloße Gegenüberstellung von faktischem Verhalten und normativen Regeln richtigen Verhaltens erweitert.

Zeitdimension

Die *Zeitdimension* wird durch die Differenz von Vorher und Nachher konstituiert, welche in allen Ereignissen unmittelbar erfahrbar ist. Zugleich verlängern sich Ereignisse in der Zeitdimension in die Vergangenheit und Zukunft, indem das „Wann“ von Erleben und Handeln geordnet wird. Erwartungen werden zeitlich dadurch generalisiert, dass ihnen enttäuschungsfeste und notfalls kontrafaktische

⁶⁴¹ Ebd., S. 154.

⁶⁴² Luhmann, N. (1984): Soziale Systeme, S. 429.

⁶⁴³ Ebd., S. 430.

⁶⁴⁴ Ebd., S. 432.

⁶⁴⁵ Ebd., S. 433.

Dauergeltung verliehen wird. Dazu muss der Erwartende lernen, eine Enttäuschung zu erwarten, sich aber nicht beirren zu lassen.⁶⁴⁶

Sozialdimension

Die *Sozialdimension* unterscheidet zwischen der eigenen und der fremden Perspektive. Dabei werden Ego und Alter für Zurechnungszwecke personalisiert bzw. mit bestimmten sozialen Systemen identifiziert.

Zusammenfassend sind alle drei Sinndimensionen immer im Doppelhorizont enthalten und können nicht isoliert voneinander auftreten. Auf sozialer Ebene erfolgt die Generalisierung von Erwartung durch Institutionalisierung.⁶⁴⁷ Ohne individuelle Meinungen und Motive im Einzelfall geprüft zu haben, kann der Erwartende von institutionalisierter Zustimmung ausgehen. Dies ermöglicht eine rasche Verständigung über ausgewählte Themen der Situation ohne lange Erörterungsprozesse. Wer in den Prämissen dieser Verständigung anderer Meinung ist, muss widersprechen, Initiative ergreifen, sich Motive und Gründe beschaffen, um sich zu exponieren und gegen die mutmassliche Meinung der Umstehenden zu agieren. Organisation leistet kongruente Generalisierung von Erwartungen dadurch, dass sie die Anerkennung bestimmter Erwartungen als Bedingung setzt für die Mitgliedschaft in einem System.

10.2.1 Funktional-strukturelle Aspekte von Luhmanns Sinnkonzeption

Systeme entwerfen eine Welt von Möglichkeiten, die ihre Kapazität für aktuelle Aufmerksamkeit und Informationsverarbeitung weit übersteigt. Dazu benötigen sie funktionale Steuerungssysteme besonderer Art, die auf einer sinnhaften Verbindung von Ereignissen beruhen - auf einer Form der Verbindung, die auf andere Möglichkeiten verweist und den Zugang zu ihnen ordnet. Durch symbolische Generalisierungen wird die Verweisungsstruktur jeden Sinnes zu Erwartungen verdichtet, welche eine gegebene Sinnlage in Aussicht stellen. Ereignis/Struktur-Theorie und Erwartungstheorie werden von Luhmann zusammengeführt mit der These, dass Strukturen sozialer Systeme in *Erwartungsstrukturen* bestehen, und „dass es für soziale Systeme, weil sie ihre Elemente als Handlungsergebnisse temporalisieren, keine anderen Strukturbildungsmöglichkeiten gibt“.⁶⁴⁸ Das bedeutet, dass es Strukturen nur als jeweils gegenwärtige gibt und sie die gegenwärtige Zukunft mit der gegenwärtigen Vergangenheit verbinden. Luhmann fügt an dieser Stelle erneut den Begriff der *Entscheidung* ein. Dieser ist in dieser Arbeit bereits bei der Beschreibung der sozialen Systeme erörtert worden und wird von vielen psychologischen Theorien im Zusammenhang mit dem Handlungsbegriff diskutiert. Luhmann spricht dann

⁶⁴⁶ Luhmann, N. (1970): Soziologische Aufklärung. Soziologische Aufklärung 1. Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme, S. 100.

⁶⁴⁷ Ebd., S. 154.

⁶⁴⁸ Ebd., S. 398.

von Entscheidung, wenn eine Sinngebung einer Handlung auf eine an sie selbst gerichtete Erwartung reagiert. Aus dieser Perspektive läuft Handlung stets erwartungsorientiert ab. Dabei ist es erforderlich, dass der Erwartungsbezug in die Sinnbestimmung mit aufgenommen wird.⁶⁴⁹ Dies bedeutet, dass man deshalb handelt, weil es erwartet wird. Daher verliert routinemässiges Handeln den Charakter einer Entscheidung. So ist Entscheiden kein Bewusstseinszustand, sondern eine Sinnstruktur. Zugleich kommen zwei Formen der Kontingenz zur Einheit. Luhmann unterscheidet eine offene von einer „auch-anders-möglichen“ Einheit. Der Handelnde sucht nach einer günstigen Konstellation von Handlung und Erwartung, wobei die Erwartung durch die durch sie gebildeten Alternativen gerichtet ist. Soziologisch interessant sind für Luhmann nun die Zusammenhänge *„zwischen Erwartungsstrukturen, deren Ausmass an Bestimmtheit und Vieldeutigkeit und deren Ausprägung in kognitive bzw. normative Richtung auf der einen und Entscheidungszumutung, Entscheidungslast, Entscheidungsspielraum auf der anderen Seite“*.⁶⁵⁰

Formmerkmale als Ausdrucksformen von Einheit und Differenz

Konkret stellt sich die Frage, welche Strukturen sich evolutionstheoretisch bewährt haben? Im Kontext der allgemeinen Theorie sozialer Systeme betreffen diese Auswahlkriterien keine inhaltlichen Merkmale, sondern *Formmerkmale*. Funktionen sind in der Soziologie eine Mehrzahl von Möglichkeiten, sie sich als Ausdruck von Einheit und Differenz eignen. Funktionsorientierung ist eine Form der Erzeugung von Redundanz, also Sicherheit. Luhmann bezeichnet Funktionsorientierung als *„morphogenetisches Prinzip“*, welches für die erfolgreiche Steuerung von Strukturen im Evolutionsprozess zuständig ist. Das Erwarten muss reflexiv werden, was bedeutet, dass es sich auf sich selbst beziehen muss, um ein soziales Feld zu ordnen. Durch Ausdifferenzierung von Erwartungsstrukturen wird dieser Zustand durch ein Kombinationsspiel von relativ sicheren und relativ unsicheren positiven und negativen Erwartungen ausbalanciert. Das heisst, dass Strukturbildung nicht einfach Unsicherheit durch Sicherheit ersetzt. Der Unsicherheitsausgleich läuft über die Stabilisierung von Erwartungen, was voraussetzt, dass Verhalten nicht ohne Orientierung an Erwartung gewählt wird. Die evolutionsbedingte zunehmende Komplexität des Gesellschaftssystems führt dazu, dass die Erwartungssicherheit zunehmend problematisch wird.⁶⁵¹ Luhmann spricht von Erwartungsenttäuschung, wenn der Möglichkeitsspielraum eingeschränkt ist.⁶⁵² Die Erwartungsbildung bringt eine Vielzahl von heterogenen Geschehnissen auf den gemeinsamen Nenner der Erwartungsenttäuschung. Analog zur systemtheoretischen Bedeutung von „Gefühlen“ im psychischen System, sind Erwartungsenttäuschungen das „Immunsystem“ sozialer Systeme. Luhmann unterscheidet nun zwei Formen der Anpassung von Erwartung an die

⁶⁴⁹ Ebd., S. 401.

⁶⁵⁰ Ebd., S. 404.

⁶⁵¹ Ebd., S. 422.

⁶⁵² Luhmann, N. (1984): Soziale Systeme, S. 397.

Enttäuschungslage: Eine *kognitive* und eine *normative* Form. Auf der Grundlage von Luhmanns Systemtheorie bedeutet die Orientierung an einer Differenz eine Orientierung des Erwartens am Enttäuschungsfall. Dabei wird das Unsichere, das Enttäuschung Auslösende so behandelt, als ob es sicher wäre. Die entscheidende Frage ist, ob die Erwartung in diesem Fall aufzugeben oder zu ändern wäre oder nicht. Lernbereite Erwartungen werden bei Luhmann daher als *Kognitionen*, lernunwillige als *Normen* stilisiert.⁶⁵³ Dem kognitiven Erfahrungsstil entspricht die Differenz von Wissen und Nichtwissen, dem normativen Entscheidungsstil die Differenz von konformem und abweichendem Verhalten. Dabei wird die Differenz von Erfüllung/Enttäuschung von Erwartungen in die Differenz von normativem/kognitivem Erwarten eingebaut.⁶⁵⁴

Kognitive und Normative Erwartungsstrukturen

Auf dieser Grundlage werden in Luhmanns Systemtheorie mit dem Wissenschaftssystem (Kognitionen) und dem Rechtssystem (Normen) zwei verschiedene Systeme voneinander unterschieden. So bindet eine normative Erwartung den, der sie aufstellt, stärker als eine kognitive Projektion und ist an ein entschlosseneres Engagement gebunden.⁶⁵⁵ Also führen die doppelte Kontingenz und die „enttäuschbaren“ Erwartungen dazu, Zufallsereignissen eine Ordnungsstruktur zu geben. Dies legt einerseits eine *Erwartungsbildung* und ein Testen der Erwartung an den Alternativen des Aufgebens (= *kognitive Variante*) oder Beibehaltens (*normative Variante*) nahe. Auf der Basis der Erwartungsstrukturen entwickeln sich Wissenschafts- und Normensysteme, die in Wechselwirkung zueinander stehen. Eine *kognitive* Anpassung liegt dann vor, wenn die Erwartung aufgegeben und durch einen Lernprozess an die Enttäuschungslage angepasst wird. Die *normative* Form hingegen hält trotz Enttäuschung an der Erwartung fest. Welche der beiden Reaktionsweisen gewählt wird, kann systemintern vorstrukturiert werden und hängt von der Ursache ab.

10.2.2 Zusammenfassende Schlussfolgerungen zu Luhmanns Sinnkonzeption

Luhmann geht von der These aus, dass Strukturen sozialer Systeme in Erwartungen bestehen, dass sie Erwartungsstrukturen sind und dass sie sich als Handlungsereignisse temporalisieren.⁶⁵⁶ In diesem Sinne ist das Verhältnis von Erwartung und Handlung gleichgesetzt mit dem Verhältnis von Struktur und Handlung. Handlung läuft immer erwartungsorientiert ab, indem sie entweder erwartungskonform oder –abweichend ist. Daher hängt die Problematik der Erwartungsunsicherheit mit der Komplexität der Systeme und speziell mit der zunehmenden Komplexität des Gesellschaftssystems

⁶⁵³ Ebd., S. 437.

⁶⁵⁴ Ebd., S. 439.

⁶⁵⁵ Ebd., S. 441.

⁶⁵⁶ Ebd., S. 398.

zusammen.⁶⁵⁷ Wie Luhmann treffend festhält, kann in der modernen Gesellschaft der Vielfalt und Varietät nicht mehr dadurch Rechnung getragen werden, dass Dinge (wie Menschen oder religiöse Identitäten) mit besonderen Eigenschaften (wie Vernunft, Willensfreiheit oder Weisheit) ausgestattet werden. Stattdessen verwendet die moderne Gesellschaft abstraktere Identifikationsgesichtspunkte. Die Mensch-Semantik erhält einen neuen Freiheitssinn und eine darauf aufbauende selbstreferentielle Individualität, woraus aber kein Ordnungsversprechen mehr erfolgen kann.

Welche Schlussfolgerungen lassen sich systemtheoretisch für die Implementierung von Spiritual Care ziehen? Wie wirken sich die gesellschaftlichen, medizinischen und sozioökonomischen Erwartungen auf die Handlungen und Interaktionen im sozialen System Krankenhaus aus? Wie wird der Erwartungsbezug in die Sinnbestimmung aufgenommen, und wie geht das System mit dem eingeschränkten Möglichkeitsspielraum der Erwartungsenttäuschung um? Bevor ich diese Fragen weiter ausführe, soll das nächste Kapitel kurz in Luhmanns binären Code der Krankenbehandlung einführen.

10.3 Die Bedeutung des binären Codes in der Krankenbehandlung

Wie wir im letzten Kapitel gesehen haben, erweist es sich im Umgang mit Komplexität im System Krankenhaus als notwendig, die Ausscheidung anderer Möglichkeiten in einem abgestuften Verfahren zu vollziehen.⁶⁵⁸ Für Luhmann ist die Ausdifferenzierung eines gesellschaftlichen Funktionssystems nur möglich, wenn die Funktion durch eine Unterscheidung, das heisst durch einen spezifischen binären Code interpretiert werden kann. Diese Codes enthalten einen Positiv- und einen Negativwert, die nicht im Sinne von Präferenzen, sondern von Anschlussfähigkeit (positiv) und als deren Reflexion (negativ) zu interpretieren sind. Ob sich ein System zu einem eigenen Funktionssystem ausdifferenziert, entscheidet sich an der Frage der Bildung eines Codes. Dieser ermöglicht eine Wahl zwischen vorstrukturierten Alternativen. Wie Luhmann festhält, hängt die Ausdifferenzierung der wichtigsten Funktionssysteme von einem jeweils eigenen binären Schematismus ab, der für jedes System eine eigene Typik der Informationsbearbeitung zeigt⁶⁵⁹. Diese binären Codes erleichtern den Übergang von einem Wert zum andern, indem ihre Funktion in der Reflexion der Kontingenz des Einsatzes des positiven Wertes liegt. Im binären Code unterscheidet Luhmann die beiden Funktionen der *Anschlussfähigkeit* und der *Kontingenzreflexion*. Die binäre Codierung ermöglicht es einem Funktionssystem, sich das gesamte eigene Verhalten als kontingent vorzustellen, indem es den Konditionen der eigenen Programme unterworfen wird.⁶⁶⁰ Auf der Grundlage dieser binären Codes stellt sich Luhmann die Frage, ob es einen Code des Systems Krankenbehandlung gibt, der genau diesen Formbedingungen entspricht? Das

⁶⁵⁷ Ebd., S. 422.

⁶⁵⁸ Luhmann, N. (1970): Soziologische Aufklärung. Soziologische Aufklärung 1. Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme, S. 105ff.

⁶⁵⁹ Luhmann, N. (1990): Identität - was oder wie? Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven, S. 112-113.

⁶⁶⁰ Ebd., S. 178.

bedeutet, dass er erstens binär strukturiert ist und dadurch die Transformation des einen Wertes in den anderen erleichtert. Zweitens soll sich ein solcher Code von den Codewerten anderer Systeme abgrenzen. Als drittes Kriterium soll der eine Wert die Anschlussfähigkeit vermitteln und der andere die Kontingenzreflexion. Der Positivwert interpretiert die Anschlussfähigkeit der Operationen des Systems, der Negativwert die Kontingenzreflexion, also die Vorstellung, es könnte auch anders sein.⁶⁶¹ Für Luhmann kann dies im Anwendungsbereich des Systems Krankenbehandlung nur heissen: der positive Wert ist die Krankheit, der negative Wert die Gesundheit. Denn nur mit Krankheit dann der Arzt etwas anfangen. Entsprechend gibt es viele Krankheiten, aber nur eine Gesundheit. Im Vergleich zur den verschiedenen Ausdifferenzierungen von Krankheitsterminologien in der Medizin ist der Begriff der Gesundheit inhaltsleer. Obwohl es seltsam anmutet, die Krankheit als positiven und die Gesundheit als negativen Wert zu codieren, scheint es für Luhmann keinen Grund für die Aufgabe seiner These zu geben, den medizinischen Code als ein eigenes Funktionssystem zu definieren.

10.4 Konsequenzen für die Umsetzung von Spiritual Care

Orientiert man Spiritual Care nun an der Systemtheorie, hat dies weitreichende Konsequenzen im Hinblick auf ihre Implementierung in Institutionen. Dies vor allem deshalb, weil sich die systemtheoretische Konzeption der Sinnbestimmung deutlich von den gängigen ontologischen Traditionen unterscheidet. So ist Sinn weder in der Welt noch ausserhalb „vorhanden“, sondern wird in Selektions- und Differenzierungsprozessen durch den Erwartungsbezug konstruiert. Der Konstruktivismus der Systemtheorie fragt nicht nach dem, was identisch ist, sondern wie das erzeugt wird, was dem Beobachten als Identisches zu Grunde gelegt wird.⁶⁶² Deshalb beschränkt sich das Sinnrepertoire nicht auf die Perspektive einer religiösen Tradition, sondern eröffnet in der modernen pluralistischen und multikulturellen Gesellschaft eine breite Möglichkeit an Differenzierungen und Selektionen. Alle Identifikationsprozesse sind beim Beobachten Differenzen ausgesetzt. Dies führt in der Welt deshalb zu einem grossen Sinnreichtum, weil es unendlich viele Beobachter mit unendlich vielen Differenzierungsmöglichkeiten gibt. Diese Mehrdimensionalität der Welt sieht Luhmann als Voraussetzung für die Konstitution von identisch gehaltenem Sinn.⁶⁶³

Aus soziologischer Sicht ist es deshalb zentral, die komplexen sozialen Interaktionen und Subsysteme im Organisationsgefüge Krankenhaus in ihren Zusammenhängen zu verstehen. Wie auf der Grundlage von Luhmanns Lektüre deutlich wird, können konkrete Strukturen auf der Ebene des „Wertewandels“ nicht greifen, wie er aktuell in verschiedenen hoch entwickelten Ländern zu beobachten ist. So führt

⁶⁶¹ Ebd., S. 179-180.

⁶⁶² Luhmann, N. (1990): Identität - was oder wie? Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven, S. 15-30.

⁶⁶³ Luhmann, N. (1971): Sinn als Grundbegriff der Soziologie. In: Habermas, J. & Luhmann, N., Theorie der Gesellschaft der Sozialtechnologie, S. 48.

der Wandel dazu, dass Werte und Personen neue Arten von Symbiosen suchen und dabei oft ausser Acht lassen, was auf der Ebene von Rollen und Programmen die Komplexität der Gesellschaft trägt. Dabei erweisen sich Luhmanns Konzeptionen als äusserst vielversprechend, wenn es darum geht, die Komplexität der Kommunikations- und Interaktionsprozesse zu beschreiben. In den Spitälern arbeiten verschiedene Professionen mit einer Vielzahl unterschiedlicher Rollen, Handlungsfeldern, Wahrnehmungen und Erwartungsstrukturen. Entsprechend hoch ist deshalb der Bedarf an einer organisationsübergreifenden Kommunikations- und Entscheidungspraxis, wenn es um die Koordination von Behandlungsprozessen geht.

Anhand von Luhmanns Systemtheorie beschäftigen sich die nächsten Kapitel mit Frage nach dem Zusammenspiel der verschiedenen sozialen Systeme in der Organisation Krankenhaus.

10.5 Soziale Systeme in der Organisation Krankenhaus

Als erstes stellt sich die Frage, welche sozialen Systeme sich im Krankenhaus erschliessen lassen. Systemtheoretisch können die Interaktionen der verschiedenen Berufsgruppen als geschlossene Systeme bezeichnet werden. Dies deshalb, weil alle Berufsgruppen in einen eigenen Berufsverband oder eine übergeordnete Interessensgemeinschaft eingebunden sind. In Bezug auf die Ausgestaltung von Spiritual Care richtet sich unser Fokus auf die Berufsgruppen der Pflege, Medizin, Psychologie und Seelsorge. Jedes dieser vier Interaktionssysteme operiert auf seine eigene Weise, um die Anschlussfähigkeit des Systems aufrecht zu erhalten. Jedes nimmt in der Konstitution seiner Elemente und seiner elementaren Operationen in einer spezifischen Weise auf sich selbst Bezug und erzeugt als geschlossenes System Differenz zu seinem Umfeld. Durch Wahrnehmungsprozesse steht jedes dieser vier Systeme in Kontakt mit der Aussenwelt, wo Kommunikation im System Krankenhaus auf folgenden drei Ebenen stattfindet: 1. mit den anderen Berufsgruppen einer Arbeitseinheit oder Abteilung, 2. als punktuelle Interaktionen einer in verschiedenen Arbeitseinheiten oder Abteilungen tätigen Berufsgruppe, 3. als punktuelle Interaktionen mit den zu behandelnden Patienten.

Die verschiedenen Kommunikationssysteme innerhalb der Organisation Krankenhaus haben sich in verschiedene Funktionssysteme ausdifferenziert: Die Wissenschaft, Politik und Wirtschaft operieren als geschlossene, autopoietische Systeme und stehen ihrerseits wieder in einer System/Umweltdifferenz. So ist die Kommunikation in der Medizin durch die Wissenschaft, die Wirtschaft und die Politik mitbestimmt. Dabei haben die ÄrztInnen nicht nur die Krankheitsbehandlung nach wissenschaftlichen Kriterien auszurichten. In ihrer Tätigkeit werden sie auch mit Mitteilungen in Form von Fallpauschalen konfrontiert, ab wann eine stationäre Behandlung eines Patienten ökonomisch als „Rendite“ oder „Verlust“ taxiert wird. Die medizinische und wissenschaftliche Kommunikation wiederum steht in enger Wechselwirkung mit der politischen Kommunikation von Belohnung und Sanktionen.

Charakteristisch für die Organisationskultur des Krankenhauses ist es, dass diese Funktionssysteme nicht mit allen sozialen Interaktionssystemen in gleichem Kommunikationsaustausch stehen. Als weitere zentrale Kommunikationsebene auf der Interaktionsebene mit dem Patienten ist die Ethik zu nennen. Ethik kommuniziert anhand von Widersprüchen, die als artikuliert Formen von Selbstreferenz zu verstehen sind. Ihre Funktion besteht darin, die Formeinheit eines Sinnzusammenhangs zu wahren. Dies tut sie nicht durch Stärkung, sondern Auflösung der Erwartungssicherheit nach den Grundsätzen von Angemessenheit und grösstmöglicher Patientenautonomie. Die folgende Graphik verdeutlicht das Zusammenspiel der verschiedenen Funktionssysteme:

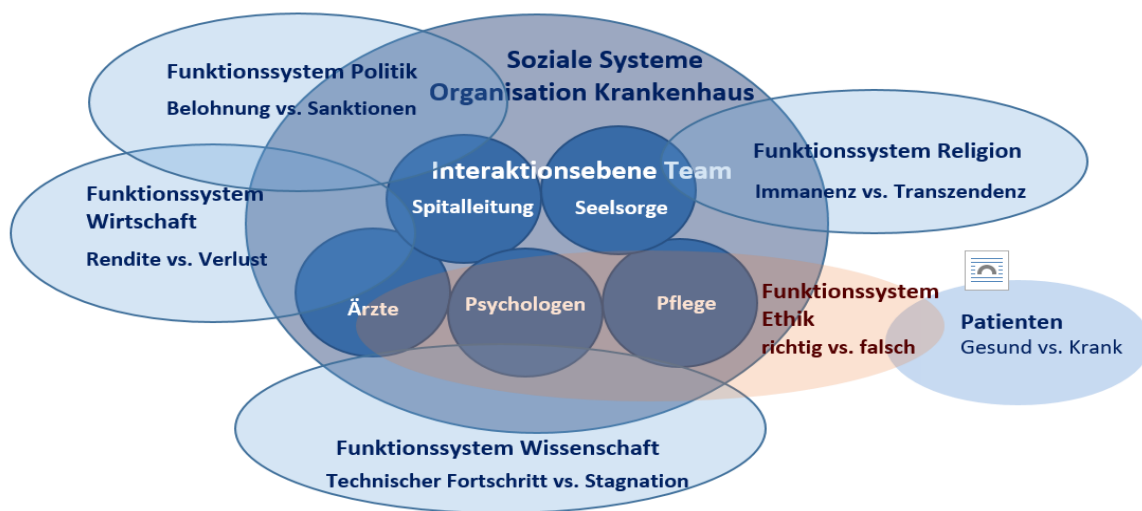


Abbildung 15: Soziale Systeme in der Organisation Krankenhaus

10.5.1 Das soziale System der Ärzteschaft

Das medizinische System operiert durch Behandlungsmethoden, die auf die jeweiligen Krankheitsbilder abgestimmt sind. Diese Behandlungsmethoden dienen dazu, die Krankheitssymptome der Patienten zu heilen oder zu lindern. Um die Anschlussfähigkeit des Systems aufrecht zu erhalten und sich weiterzuentwickeln, orientiert sich die evidence based Medicine laufend an den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen und Entwicklungen. Durch den ausschliesslichen Fokus auf die Diagnose sowie auf technische und medikamentöse Behandlungsmethoden, differenziert sich das soziale System der ÄrztInnen von gesprächs-, verhaltens- oder präsenzorientierten Ansätzen anderer sozialer Systeme. Bemerkenswert ist, dass innerhalb des Systems der Medizin verschiedene Ausdifferenzierungen zu beobachten sind. Dabei unterscheidet sich die Chirurgie von der Inneren Medizin, und in Universitätsspitalen hat sich die Innere Medizin wiederum in die Fachgebiete der Kardiologie, Hämatologie, Pneumologie, Neurologie, usw. spezialisiert. Diese Vielzahl an Spezialisierungen spiegelt den medizinischen Fortschritt und ist je nach Fachbereich funktional gegliedert. Während chirurgische Entscheidungen

auf Schnelligkeit ausgerichtet sind, entscheiden Innere Mediziner bei der Diagnosestellung vergleichsweise zeitintensiver mit Einbezug von anderen Kolleginnen und Kollegen. Durch spezifisches Fachwissen haben sich die verschiedenen Fachbereiche von ihrer Umwelt zunehmend ausdifferenziert, so dass sie sich weitgehend als eigenständige soziale Systeme verstehen. Die Spezialisierung hat ebenfalls Auswirkungen auf die punktuellen Interaktionen mit den auf der Station behandelten Patienten. So ist der von Luhmann propagierte medizinische Code „gesund“ als Gegenpol von „krank“ immer weniger richtungsweisend in Bezug auf die medizinische Behandlung. Wenn der Kardiologe feststellt, dass das Herz beim Patienten erfolgreich behandelt worden ist, dann ist das nicht gleichzusetzen mit der Schlussfolgerung, dass der Patient „gesund“ ist. So könnte der Patient ja gleichzeitig noch an einer multiplen Sklerose leiden, die aber nicht in den Zuständigkeitsbereich des Kardiologen gehört. Dies hätte zur Folge, dass der Patient wegen seines wieder „gesunden“ Herzens aus dem Spital austritt, obwohl er objektiv betrachtet noch immer „krank“ ist. Diese Auseinandersetzung macht zugleich deutlich, dass das soziale System der ÄrztInnen und jeder einzelne medizinische Fachbereich in einer Wechselwirkung mit dem Funktionssystem der Wirtschaft steht. Dieses berechnet anhand von Fallpauschalen, ab welcher Liegedauer ein stationärer Patient für das Spital als „Rendite“ oder als „Verlust“ verbucht wird. So wird die dem Spital zur Verfügung stehende Pauschale weitgehend nach der aktuellen Erkrankung berechnet, welche zum Spitaleintritt geführt hat. Dies hat zur Folge, dass nicht der Code „gesund“ für den Spitalaustritt massgebend ist, sondern das Ende des finanziellen Pauschalbetrags. Dabei kontrolliert das Funktionssystem der Politik, dass bei der demographischen Entwicklung einer immer älter werdenden Bevölkerung „kostensparende“ medizinische Behandlungsformen durch Anreize „belohnt“ werden, um „Verluste“ im Gesundheitssystem auszugleichen.

Einfluss der Funktionssysteme Politik und Wirtschaft

Diese Einflussbereiche der beiden Funktionssysteme Politik und Wirtschaft haben zwei einschneidende Konsequenzen. Erstens orientiert sich die Entlassung des Patienten aus dem stationären Behandlungsbereich weniger nach seinem Befinden als nach dem Kriterium der Rentabilität. Zweitens wird innerhalb des Spitals vor allem in diejenigen Fachbereiche investiert, bei denen eine möglichst hohe Rendite erwirtschaftet werden kann. Deshalb sind Fachbereiche wie die Palliative Care oder die Rheumatologie, wo Patienten mit chronischen Krankheitsverläufen einen schlechten Allgemeinzustand und einen hohen Pflegeaufwand aufweisen, kaum attraktiv. Sehr schön lässt sich das Zusammenspiel der Medizin mit den Funktionssystemen Wirtschaft, Wissenschaft und Politik am Beispiel der Organtransplantation zeigen. In der Wissenschaft wird vor allem dort geforscht, wo es hohe Anreize gibt. Indem der Bund finanzielle Anreize in der Transplantationsmedizin setzt, wird es für die verschiedenen Universitätsspitäler attraktiv, in die wissenschaftliche Forschung und die Entwicklung neuer Technologien zu investieren. Dies einerseits deshalb, um mit der Transplantationsmedizin gegenüber

anderen Spitälern auf dem Markt konkurrenzfähig zu sein. Zweitens lässt sich durch das Angebot einer Spitzenmedizin die Rendite erhöhen. Während technische und intensivmedizinische Behandlungsleistungen die Fallpauschalen erhöhen, werden hohe pflegerische Leistungen kaum taxiert und bedeuten für die Institution ein Verlustgeschäft. Deshalb wird ein Spital bestrebt sein, möglichst viele technische und intensivmedizinische Angebote anzubieten. Diese organisationale Kommunikation wirkt sich wiederum auf soziale Interaktionen innerhalb der Berufsgruppe der ÄrztInnen aus. Wer eine medizinische Karriere anstrebt, der tut gut daran, in einen Fachbereich zu investieren, welcher dem Krankenhaus eine hohe Rendite verspricht. Diese persönlichen Investitionen haben wiederum Einfluss auf die punktuellen Interaktionen mit den Patienten. So wird die Qualität des Arztes weniger daran gemessen, dass er durch einen hohen Personalaufwand die Lebensqualität des Patienten verbessern kann. Vielmehr scheint es für die berufliche Karriere effektiver zu sein, durch den gezielten Einsatz von Behandlungs- und Untersuchungsmethoden für eine hohe Rendite der Institution zu sorgen.

Einfluss des Funktionssystems der Ethik

Diesem Trend versucht nun das Funktionssystem der Ethik entgegenzuwirken. Sie tut dies anhand einer Auflösung von Erwartungssicherheit, die als artikulierte Form von Selbstreferenz zu verstehen ist. Infolge des Auseinandertreibens der Sozial- und der Zeitdimension versucht die Ethik, das Sozialverhalten durch Hinweis auf gesellschaftliche Folgen zu disziplinieren. Dabei nimmt die Ethik Bezug auf die in den Menschenrechten verankerten Grundrechte, die aktuell mit einer hohen Relevanz in der Gesellschaft diskutiert werden. Anhand normativer Kriterien werden Behandlungsentscheidungen auf die ethischen Prinzipien reflektiert und in Bezug auf die konkrete Patientensituation als „richtig“ und „falsch“ bewertet. Wie sich in der Praxis zeigt, kann eine solche Bewertung in einen Widerspruch zur Erwartung des sozialen Systems der Medizin geraten. Dies geschieht vor allem dann, wenn eine moralisch als „richtig“ bewertete Handlungsalternative durch Unterlassung von medizinischen Massnahmen in medizinisch aussichtslosen Fällen dazu führt, dass der Patient auf der organisationalen Seite zu einem ökonomischen „Verlust“ für die Klinik wird. So würde eine Entscheidung für eine weitere Behandlung zwar die Lebensqualität des Patienten verschlechtern, hätte aber für die Organisation durch die Erhöhung der Fallpauschale durchaus einen ökonomischen Gewinn. Wird medizinisch nun auf eine solche Therapie verzichtet, kann dies für den schwerkranken Patienten zur Folge haben, dass das Spital aus Kostengründen die Weiterführung einer stationären Behandlung ablehnt. Falls ein alleinstehender Patient nicht nach Hause entlassen werden kann, muss er aus Kostengründen schnellstmöglich ins nächste Pflegeheim verlegt werden, was wiederum schwerwiegende Konsequenzen in Bezug auf die Selbstbestimmung des Patienten hat.

Einfluss der Spitzenmedizin auf Luhmanns Sinndimensionen

Die Entwicklung der Spitzenmedizin bringt nicht nur das Verhältnis von Zeit- und Sozialdimension, sondern auch von Zeit- und Sachdimension unter Spannung. So hat die Medizin immer mehr Möglichkeiten, in die „Natur“ des menschlichen Werdens und Vergehens einzugreifen. Oft steht dem natürlichen Zustand des Werdens und Wachsens aber nicht der nötige Zeitraum zur Verfügung, der für die Entfaltung und Entwicklung notwendig wäre. Dieses Auseinanderdriften der Zeit- und Sozialdimension sowie der Zeit- und Sachdimension zeigt auf, wie komplex Kommunikationsprozesse im Akutspital sind. Es verdeutlicht, wie wichtig es auch im Interesse des Patienten ist, die verschiedenen Kommunikationsprozesse aus einem weiten Blickwinkel zu betrachten. Erschwerend kommt hinzu, dass insbesondere die Kommunikation der einflussreichen Funktionssysteme von Politik und Wirtschaft nicht immer in transparenter und offener Weise verläuft. Weiter wird deutlich, dass das soziale System der ÄrztInnen als Dreh- und Angelpunkt eine hohe System-/Umweltdifferenz erzeugt. Im Gegensatz zur normativen Beibehaltung der Erwartung in der Ethik, reagiert die Medizin in kognitiver Weise auf Erwartungsunsicherheit durch Lernprozesse. Dies hat zur Folge, dass das medizinische System laufend sich selbst und seine Systemgrenzen autopoietisch anpasst und verändert. Dabei wirkt die rasante Entwicklung der Spitzenmedizin auch auf das gesellschaftliche Umfeld ein.

Diese Wechselwirkung zwischen System und Umwelt lässt sich ebenfalls eindrücklich an der aktuellen Sterbehilfedebatte aufzeigen. Dass Spitäler versuchen, schwer pflegebedürftige Patienten als „Verlustgeschäfte“ schnellstmöglich in die Pflegeheime auszulagern, wirkt sich darauf aus, wie ältere und gebrechliche Menschen sich selbst und ihre Situation wahrnehmen. So sprechen ältere Menschen im Vergleich zu ihren Vorfahren überzufällig häufig aus, dass sie als „Pflegefälle“ nicht zur Last fallen wollen. Deshalb nehmen schwerkranke Menschen immer öfter ihre eigene Selbstbestimmung und Würde dahingehend wahr, selbst über ihr Lebensende zu entscheiden und zu verhindern, dass sie zum „Verlustgeschäft“ für eine Institution oder für ihre Angehörigen werden. Diese Entwicklung fordert wiederum die Politik heraus, für sterbewillige Patienten entsprechende Regelungen mit den Institutionen und der Gesellschaft zu finden. Dabei macht die aktuelle demographische Entwicklung deutlich, dass es eines offenen und ausgewogenen Kommunikationsprozesses zwischen den verschiedenen sozialen Systemen und ihrer Umwelt bedarf. Deshalb soll in diesem Beitrag der Blick nun auf die anderen sozialen Systeme gerichtet werden.

10.5.2 Das soziale System der Pflege

Das System der Pflege operiert durch Ausführung von Behandlungsmethoden, die auf die jeweiligen Krankheitsbilder abgestimmt sind und von den ÄrztInnen verordnet werden. Während im letzten Jahrhundert die meist aus christlichen Ordensgemeinschaften stammenden „Krankenschwestern“ ihren

Beruf als „Berufung“ ausgeübt haben, befindet sich dieses Berufsverständnis heute in einem tiefgreifenden Wandel.

Gründe für das spannungsreiche Verhältnis zwischen den Pflegenden und Ärzten

Die Pflege grenzt sich dezidiert davon ab, als „Hilfsberuf“ der ÄrztInnen verstanden zu werden. Durch den Einfluss des Funktionssystems Wissenschaft hat die Akademisierung der Pflege als morphogenetischer Entwicklungsprozess eingesetzt, welche das Selbstverständnis und die Selbstreferenz der Pflege in Richtung eigenständige akademische Disziplin grundlegend verändert hat. Analog zur Ärzteschaft stellen auch Pflegende Pflegediagnosen, die sich auf Defizite in den Aktivitäten des täglichen Lebens und die Behandlung pflegerisch relevanter Symptome beziehen. Entscheidungen werden möglichst breit und über verschiedene Hierarchiestufen abgestützt. Ab dem mittleren Kader nehmen Pflegende verstärkt Führungsaufgaben wahr. Durch einen akademischen Master-Studiengang werden erfahrene Pflegende als sogenannte Nurse Practitioners dahingehend befähigt, bei einfachen Krankheitsbildern Diagnosen zu stellen, um dadurch in der Schweiz dem Hausärztemangel entgegenzuwirken. Jedoch hat der Einfluss des Funktionssystems Politik diesen Vorstoss abgelehnt, indem es die Diagnosestellung ausschliesslich in den Kompetenzbereich des Arztes legt. Auf die enttäuschte Erwartungssicherheit reagiert die Pflege mit der Beibehaltung ihrer Erwartung, sich als eigenes soziales System autopoietisch von der Umwelt der Ärzteschaft abzugrenzen. Dabei hat sich dieser Widerstand in der Vergangenheit aus verschiedenen Gründen immer wieder als konflikträchtig erwiesen. Die Emanzipierung vom „Hilfsberuf“ der ÄrztInnen ist nur einer davon.

Ein zweiter Grund liegt in der Kontingenz der Selektion der Mitteilung einer Information, welche der Pflege von der Ärzteschaft übermittelt wird. Die Anschlusskommunikation erweist sich deshalb als sehr konfliktreich, weil für die Pflegenden die Informationen des Funktionsbereichs Wirtschaft nicht direkt zugänglich sind. Vielmehr wird den Pflegenden die Mitteilung durch die Pflegedienstleitung oder die Ärzteschaft selektiv übermittelt. Diese fehlende Transparenz und Kontingenz der Information ist für die Pflege häufig mit Erwartungsenttäuschung verbunden.

Ein dritter Grund für das konfliktreiche Arzt-Pflegeverhältnis liegt in der Interaktion zwischen Pflege und Patienten. So operiert die Pflege nicht nur durch die Ausführung von Behandlungsmethoden, sondern auch durch die Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, wenn ein Patient auf fremde Hilfe angewiesen ist. Durch diese vielfältigen Hilfestellungen steht die Pflege in einem viel häufigeren Patientenkontakt als die ÄrztInnen. Dies führt dazu, dass sie, bedingt durch den intensiveren Patientenkontakt, Patientenbedürfnisse in einem stärkeren Ausmass wahrnehmen als die ÄrztInnen. Sind nun Behandlungsentscheidungen durch wirtschaftliche Überlegungen beeinflusst, haben Pflegende Behandlungsverordnungen auszuführen, die sie nicht selten als konträr zu den von ihnen

wahrgenommenen Patientenbedürfnissen erleben. Ein klassisches Beispiel ist die Entscheidung für eine Chemotherapie bei einem schwerkranken Patienten. In diesen Situationen unterscheidet sich oftmals die Wahrnehmung und Einschätzung von ÄrztInnen und Pflegenden, ob ein Patient von dieser Behandlung profitiert. Als weitere Herausforderung für die konfliktreiche Kommunikation kommt hinzu, dass diese nicht alleine von wirtschaftlichen Überlegungen beeinflusst wird. Wie sich in der Auseinandersetzung mit den ÄrztInnen gezeigt hat, werden diese sehr viel häufiger als die Pflegenden mit nicht mehr realistischen Hoffnungen auf Heilung der Erkrankung konfrontiert. Während die Patienten gegenüber der Pflege ihre Einsicht kommunizieren, dass die Krankheit in absehbarer Zeit zum Tod führen wird, setzen Patienten und Angehörige alle ihre Hoffnungen auf die Ärzteschaft, in der ausweglosen Situation doch noch ein Wunder zu vollbringen.

Unterschiede in Wahrnehmungs- und Mitteilungsprozessen

Sowohl Wahrnehmungs- als auch Mitteilungsprozesse verlaufen in der Arzt/Patienten- und Pflege/Patienten-Interaktion sehr unterschiedlich. Dies trifft sowohl auf die Wahrnehmung des sozialen Systems der ÄrztInnen und der Pflege durch die Patienten als auch auf die Selektion zu, was als Mitteilung an die beiden Berufsgruppen gerichtet wird. Umgekehrt betrifft dies ebenfalls die Wahrnehmung des Patienten durch das System der ÄrztInnen und der Pflege sowie die Selektion, was als Mitteilung der beiden Berufsgruppen an die Patienten gerichtet wird. So beklagen sich Pflegende häufig darüber, „dass der Arzt den Patienten zu wenig über seinen schlechten Zustand informiere und ihm dadurch falsche Hoffnungen mache“. Aus Sicht der ÄrztInnen entspricht die Selektion der Mitteilung ihrer Wahrnehmung des Patienten, da „sie es nicht verantworten können, die an sie gerichtete Hoffnung des Patienten zu zerstören“. Sie gehen in ihrer Wahrnehmung davon aus, dass Hoffnung für den Patienten wichtig sei, um die Krankheitsbelastungen zu ertragen. Widerstände und Konflikte entstehen durch unterschiedliches Wahrnehmungs- und Mitteilungsverhalten vor allem dort, wo die Hoffnung des Patienten an eine invasive medizinische Behandlung gebunden ist. Konflikte werden durch den operativen Prozess des Systems Pflege verstärkt, die als ausführende Instanz die vom Arzt verordnete Behandlung durchzuführen hat. Erschwerend kommt hinzu, dass die beiden Berufsgruppen in unterschiedlicher Weise auf Erwartungsenttäuschungen reagieren. Während die Ärzteschaft in der Tendenz kognitiv auf Widerstände reagiert, lässt sich bei der Pflege deutlich häufiger ein normatives Festhalten an Erwartungen beobachten, welches nach den Wertmassstäben von „richtig“ und „falsch“ ausgerichtet ist. Diese Herausforderungen zwischen den beiden Berufsgruppen werden uns dann im nächsten Kapitel zu den Kommunikationsmedien noch näher beschäftigen.

Unterschiedliche Interessen

Die verschiedenen Fachgebiete verfolgen als soziale Systeme in der Medizin unterschiedliche Interessen. Deshalb bedarf es auf der operativen Ebene einer Dimension, welche die Kommunikation

innerhalb der verschiedenen sozialen Systeme koordiniert. Dies einerseits deshalb, weil die Möglichkeiten und Optionen medizinischer Behandlung stetig zunehmen und dadurch der Fortschritt vorangetrieben wird. Andererseits ist das Spital seit der Einführung der DRGs herausgefordert, sich in der Spitallandschaft mit einem spezifischen Angebot an Behandlungsfeldern und Dienstleistungen zu positionieren. Die Folgen sind ein erhöhter Abstimmungs- und Koordinationsbedarf zwischen Professionen und Disziplinen durch Prozessoptimierung. Daher gilt es, sowohl die vielfältigen Entscheidungsprozesse relativ autonomer Bereiche als auch die organisationsweiten Entscheidungen im Blick zu haben. Dabei verläuft die Kommunikation zwischen dem sozialen System der Spitalleitung (Management) und den relativ autonomen sozialen Systemen der Medizin und der Pflege weitgehend bilateral. Dies wiederum erfordert, dass die verschiedenen Systeme gut in die informellen Netzwerke des Spitals eingebunden sind.

10.5.3 Das soziale System der Seelsorge

Wenden wir uns nun dem sozialen System der Seelsorge zu. Das soziale System der Seelsorge grenzt sich selbstreferentiell dadurch von seiner Umwelt ab, dass es für eine klare Trennung zwischen System und Umwelt propagiert. Indem nur beschränkt Interaktionen mit anderen sozialen Systemen stattfinden, werden SeelsorgerInnen als Angestellte der Kirche verhältnismässig selten in Interaktions- und Entscheidungsprozesse des Systems Krankenhaus eingebunden. Dies lässt sich wesentlich dadurch erklären, dass es grosse Unterschiede zwischen dem sozialen System der Seelsorge und den sozialen Systemen der medizinischen Fachpersonen gibt. So sind aus systemtheoretischer Perspektive weder Gott noch Gebet als Kommunikation zu denken, weil Gott nicht in die Gesellschaft integriert werden kann. Stattdessen wird Gott soziologisch als „Reproduktion anthropomorpher Religionsvorstellung“ verstanden, der aufgrund menschlicher Erfahrungen und Wahrnehmungen konstruiert wird. Im Unterschied zur Soziologie präsentiert sich Kommunikation in der Seelsorge stärker als absolute Wahrheit und nicht als Selektion aus verschiedenen anderen möglichen Mitteilungsalternativen. Obwohl es zur zentralen Erfahrung von SeelsorgerInnen gehört, dass sich Religion in einer säkularisierten Gesellschaft nicht mehr durch bestimmte Antworten auf bestimmte Fragen, sondern nur noch durch das Fragen selbst begreifen kann. So werden in der kirchlichen Tradition der Postmoderne Glaubensvorstellungen immer weniger als enge Wechselwirkung mit den sozialen Systemen der Gesellschaft verstanden. Stattdessen grenzt sich das System der Seelsorge nicht nur dezidiert von einem Behandlungsauftrag, sondern auch von der Gesundheitsökonomie ab. Dabei soll die seelsorgliche Wahrnehmung einzig auf die Bedürftigkeit des Menschen ausgerichtet sein und sich am Massstab einer ontologisch verstandenen göttlichen Barmherzigkeit orientieren.

Subsysteme innerhalb des sozialen Systems der Seelsorge

Dieses operative Bestreben, sich als eigenes System zu definieren und gegenüber der Umwelt abzugrenzen, gestaltet sich in der Seelsorge sehr konfliktreich. Es lassen sich innerhalb des sozialen Systems der Seelsorge verschiedene Subsysteme beobachten, die unter anderem durch konfessionelle Unterschiede begründet sind. Diese Subsysteme unterscheiden sich einerseits in ihrer Interaktion mit dem Funktionssystem Religion, andererseits in ihrem Verhältnis zur Institution Kirche. Dabei unterscheiden sich die verschiedenen Subsysteme in ihrer Wahrnehmung und Kommunikation des Verhältnisses von Immanenz und Transzendenz. Obwohl man heute in der Theologie einem Dualismus kritisch gegenübersteht, orientiert sich das Funktionssystem der Religion nach wie vor an einem ontologischen Weltbild, welches zwischen „Sein“ und „Nichtsein“ unterscheidet. Der Seelsorgeauftrag richtet sich darauf aus, den leidenden Menschen, inmitten der Gebrochenheit seiner menschlichen Existenz, an der Auferstehungshoffnung des „noch-nicht-Seins“ teilhaben zu lassen. Dementsprechend ist das Konzept der Fremdreferenz weniger auf die Gesellschaft, sondern vielmehr auf das gerichtet, was ontologisch als das Göttliche wahrgenommen wird. Dieser Unterschied zur systemtheoretischen Wahrnehmung von Transzendenz macht deutlich, warum sich die Interaktion innerhalb der Seelsorge als sehr konfliktreich gestaltet. Durch die Transzendierung der eigenen Wahrnehmung werden sowohl die eigenen Beobachtungen als auch der von Luhmann propagierte „unmarked state“ als absolut und nicht ins Verhältnis zu systemfremden Wahrnehmungen gesetzt.

Sinnverständnis der Seelsorge im Kontext von Luhmanns Systemtheorie

Wesentlich unterscheidet sich das Sinnverständnis in der Seelsorge von der Systemtheorie Luhmanns. Im Seelsorgeverständnis wird Sinnbestimmung kaum in den Erwartungsbezug und die Strukturbildung des sozialen Systems integriert. Vielmehr erschliesst sich Sinn ontologisch aus den biblischen Textzeugen und, in Anlehnung an die Reformatoren, allein aus dem Glauben – oder nach katholischer Tradition – aus der Lehre der Kirche. Deshalb fragt die Seelsorge nach Identität und nicht nach dem, wie das, was als identisch wahrgenommen wird, vom Beobachter konstruiert und als Identisches zugrunde gelegt wird. Zusammenfassend machen diese Überlegungen deutlich, dass Sinnbestimmung aus konstruktivistischer Perspektive wesentlich auf einer Anschlussfähigkeit an die Erfahrungen des täglichen Lebens gründet. So kann Sinn systemtheoretisch weder ontologisch an etwas „Seiendem“ festgemacht werden, noch lässt sich Sinn von der Wahrnehmung und Konstruktion des einzelnen Beobachters trennen. Will man die Auseinandersetzung mit Sinnfindung in der Implementierung von Spiritual Care institutionalisieren, setzt dies einen weiten Blickwinkel voraus, der eine religiöse Tradition einzelner kulturell geprägter sozialer Systeme überschreitet. Vielmehr besteht die Herausforderung im Einbezug verschiedener Kommunikations- und Funktionssysteme, indem verschiedene Selbstreferenzen, System-/Umwelt-Differenzen, Erwartungen und Widersprüche gleichermaßen integriert werden.

10.5.4 Das soziale System der Psychologie

Wenden wir uns nun dem letzten sozialen System der Psychologie zu. Die Einbindung von Psychologinnen und Psychologen ins System der Organisation ist in den verschiedenen Akutspitälern sehr unterschiedlich geregelt. Während in einigen Kliniken Psychologinnen und Psychologen eine Festanstellung haben, werden sie in anderen Kliniken nur konsiliarisch bei Bedarf beigezogen. Es ist charakteristisch, dass Kommunikationsprozesse in der Psychologie meist als bilaterale Interaktionen stattfinden. Das psychologische System *operiert* durch Einbindung in die Behandlung und Prävention von psychischen Erkrankungen. Charakteristisch für die Psychotherapie ist die klare Rollenaufteilung zwischen dem „Klienten“ und einem „Therapeuten“. Dabei trifft der Therapeut – auf der Basis seiner therapeutischen Weiterbildung – eine Selektion, welche Mitteilung er aus einer Vielzahl an potentiellen Möglichkeiten an den Patienten richtet. Um den Patienten in Bezug auf die Problemlösung weiterzubringen, wird in einem für den Patienten verträglichen Mass ein Widerspruch erzeugt. Therapieziele der Psychotherapie sind häufig darauf ausgerichtet, Erwartungsenttäuschungen von einem normativen zu einem kognitiven Bewertungsstil zu führen. So wirkt sich die Überwindung von Erwartungsenttäuschungen durch kognitive Lernprozesse in vielen Fällen positiv auf den Verlauf von psychischen Erkrankungen aus.

11. Spiritual Care aus Sicht der Systemtheorie

Wie lässt sich nun die Systemtheorie erfolgreich in die Praxis komplexer Organisationen übersetzen und für die Implementierung von Spiritual Care nutzen? Betrachtet man die verschiedenen sozialen Systeme, so eröffnet sich ein Spannungsfeld. Dieses umfasst einerseits die zunehmende fachliche und professionelle Spezialisierung und andererseits die effiziente Koordination der verschiedenen Expertinnen und Experten. Die steigende Komplexität der medizinischen Subsysteme erweist sich für ein koordiniertes und patientenzentriertes Handeln als grosse Herausforderung. Die Auseinandersetzung mit der Systemtheorie ist für die Spiritual Care deshalb vielversprechend, weil durch die Selbstorganisation von Systemen der Beobachter – und damit das Beobachten von Beobachtungen ins Zentrum der Erkenntnisgewinnung rückt. Die konstruktivistische Systemtheorie basiert auf der Grundannahme, dass Wissen durch Kommunikationsprozesse und Interaktionen in sozialen Systemen konstruiert und gestaltet wird. Aus Sicht der Systemtheorie lässt sich Sinn nicht, entgegen der gängigen Tradition in der Spiritual Care, „kommunizieren“. Das würde bedeuten, Sinn ontologisch anhand eines bestimmten Inhalts oder einer bestimmten Weltanschauung zu definieren. In einer multikulturellen, pluralistischen und säkularen Gesellschaft würde dieses Vorgehen zwangsläufig in eine Sackgasse führen. Deshalb bietet die Systemtheorie einen vielversprechenden Grundstein, um Spiritual Care von einem funktional-strukturellen Ansatz her zu verstehen und in die Organisation Krankenhaus zu integrieren.

Offenhalten von Systemstrukturen in einer sich stets verändernden Umwelt

Bei Luhmann wird Sinnbestimmung nicht in Form von bestimmten Konzeptionen übertragen, sondern aktualisiert. In Abgrenzung zu Max Webers Zweck Rationalität wird deutlich, dass das faktische Verhalten in komplexen Arbeitssystemen nicht eindeutig von einem gemeinsamen Zweck aus zu begreifen ist.⁶⁶⁴ Vielmehr stellt sich in der Organisation Krankenhaus die Frage, wie es möglich ist, in einer veränderlichen Umwelt die Systemstrukturen umweltoffen zu halten. Als zentrale Erwartungsstruktur hat sich das Bedürfnis erwiesen, die eigenen Wahrnehmungen und Erfahrungen in das soziale System einzubringen. Diese Erwartungsstruktur bezeichnet Erikson als Entwicklungsaufgabe der Generativität. Nach systemtheoretischem Ansatz werden Systemstrukturen nicht zweckrational festgelegt, sondern entstehen durch autopoietische Selbstreferenz und Interaktion mit der Umwelt. Durch diese Prozesse wird Identität hergestellt und über die Zeit aufrechterhalten. Es stellt sich die Frage, wie nun Ereignisse und Einflüsse der verschiedenen Funktionssysteme in der Organisation Krankenhaus autopoietisch bearbeitet werden, dass sie als sinnhaft und identitätsbildend erfahren werden? Wie passt sich das System an Enttäuschungen an? Welche Widersprüche (z.B. Einfluss der Ethik) erweisen sich für den

⁶⁶⁴ Luhmann nimmt Bezug auf Max Webers Prämissen zur Zweckrationalität. Luhmann, N. (1971): Zweck – Herrschaft – System. Grundbegriffe und Prämissen Max Webers. In: Luhmann, N., Politische Planung. Aufsätze zur Soziologie von Politik und Verwaltung, S. 93.

autopoietischen Prozess als entwicklungsfördernd, und welchen Raum erhalten diese Prozesse in der sozialen Interaktion? Welche Widersprüche und Konflikte führen im sozialen System zu Brüchen und zur Bildung kleinerer und geschlossener Subgruppen?

Umgang mit konfligierenden Interessen, Bedürfnissen, Rollen und Werten

Wie diese Fragen verdeutlichen, hat sich die Spiritual Care der Herausforderung zu stellen, eine Vielfalt von sich widersprechenden Ansprüchen, Bedürfnissen, Interessen, Rationalitäten, Visionen und Werten in den Klinikalltag zu integrieren. Erst dann wird der neue Fachbereich das Proprium einer Ganzheitlichkeit erfüllen können, wie es die WHO für die Integration von Spiritualität in den bio-psycho-sozialen Kontext fordert. Dabei stellen sich in der Praxis verschiedene Probleme. So antworten Spitäler auf den Effizienzdruck gehäuft mit Rationierung, Personalabbau sowie Reduktion von Material und Ausstattung.⁶⁶⁵ Dieser Effizienzdruck hat sich, im Zuge der demographischen Entwicklung einer immer älter werdenden Bevölkerung, durch die medizinische Machbarkeit verschärft. Parallel dazu nehmen die Anzahl von Aufgaben, Patienten und der Zeitdruck für die Mitarbeitenden stetig zu. Die Folgen sind eine zunehmende Überbelastung und sinkende Identifikation mit dem Beruf. Tatsache ist, dass immer weniger Zeit zur Verfügung steht, um die Organisation des Arbeitsalltags gemeinschaftlich in den Blick zu nehmen, zu gestalten und weiterzuentwickeln. Aus dieser Perspektive lässt sich das Interesse von medizinischen Fachpersonen an der Spiritual Care verstehen. Zugleich verbindet sich mit dem neuen Fachbereich die Erwartung, organisationale Ungewissheit zu bewältigen, die im diagnostischen Prozess eine nicht unbedeutende Rolle spielt. In einem Kontext schwer bestimmbarer Erfolgs- und anspruchsvoller Beteiligung verschiedener Professionen ist die Wertschöpfung im Spital fundamental durch Ungewissheitsbearbeitung geprägt. Deshalb steht Spiritual Care vor der Herausforderung, inmitten einer Vielfalt von verschiedensten Ansprüchen und Interessenskonflikten zu einer Stabilisierung im Klinikalltag beizutragen. Konkret bedeutet dies, medizinische, pflegerische, psychologische, ethische, politische, gesellschaftliche, kulturelle und ökonomische Aspekte sinnhaft aufeinander zu beziehen.

Kein gemeinsam geteiltes Weltbild innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen

Wie unsere Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Fachpersonen zeigen, kann eine solche Integration verschiedenster Einflussfaktoren nicht auf der Basis eines geteilten Weltbildes stattfinden. Die Unübersichtlichkeit und Unsicherheit bezüglich der Vielfalt an Möglichkeiten tritt oft erst dann ins Bewusstsein, wenn Menschen in eine Krise geraten. Durch den medizinischen Fortschritt gibt es eine immer grössere Vielfalt an Behandlungsoptionen, die für viele Patienten und Angehörige eine Überforderung darstellen. Die in einer schweren Krankheit erlebte Verletzlichkeit und Vergänglichkeit

⁶⁶⁵ Tuckermann, H. & Rüegg-Stürm, J., Sind Spitäler wandelresistent? Schweizerische Ärztezeitung, 2007, 88:45, S. 1895-1899.

machen das Bedürfnis nach Sicherheit und Gewissheit in besonderer Weise deutlich. Angesichts dieser Bedrohung sind Menschen besonders empfänglich für religiös-spirituelle Ideologien und Vorstellungen, die den menschlichen Horizont übersteigen und Leiden transzendieren. Dies zeigt sich ebenfalls am boomenden Markt der Esoterik mit ihren Heilsversprechen. Betrachtet man Spiritual Care aus systemtheoretischer Sicht, dann liegt der Fokus der Stabilisierung weniger in einer inhaltlichen Transzendierung des Leidens. Vielmehr geht es darum, die verschiedenen medizinisch-therapeutischen Behandlungsoptionen in die individuelle Lebensgeschichte des/der einzelnen PatientIn zu integrieren und den/die Betroffene/n in der Entscheidungsfindung zu unterstützen. Dabei wird der Fokus darauf gelegt, wie Patienten durch die Erfahrung der Kohärenz und Kontinuität – inmitten der Unberechenbarkeit und Unsicherheit ihrer lebensbedrohlichen Krankheit – Hoffnung und Sicherheit zurückgewinnen. Diese Prozesse stehen in enger Verbindung mit der Sinnfindung und Integration der Krankheit in die individuelle Lebensgeschichte. Inmitten der Krankheit wird eine Verbindung geschaffen zu dem, was für den Kranken in seinem Leben Bedeutung hat. Dabei wird der Betroffene von den Fachpersonen in seinem individuellen Prozess begleitet, nach dem „Einbruch“ der Erkrankung die Anbindung ans Leben und an das zu zurückzugewinnen, was ihm Kraft gibt und in seinem Leben wirklich zählt.

Ereignisse, Entscheidungen und Erwartungen deuten und sinnhaft miteinander in Beziehung bringen

In diesem Begleitungsprozess ist es entscheidend, dass sich Fachpersonen auf die individuellen Deutungsprozesse von Patienten einlassen. Diese Fähigkeiten gehören nicht nur zu den Kernkompetenzen, sondern sind zugleich ein wichtiges Qualitätskriterium von Spiritual Care. Mit diesem Qualitätskriterium soll sichergestellt werden, dass Fachpersonen in der erlebten institutionellen Komplexität und Unsicherheit nicht ihre eigenen Spiritualitätskonzeptionen auf die Behandlungsempfänger übertragen. Dabei gilt es, die Fachpersonen darin zu schulen, die Komplexität der verschiedenen Ereignisse, Handlungen, Entscheidungen und Erwartungen der Funktionssysteme zu deuten und sinnhaft miteinander in Beziehung zu bringen. Eine solche Qualifizierung wird sich nicht nur in positiver Weise auf die Behandlungsqualität, sondern auch auf die interprofessionelle Zusammenarbeit auswirken. Dass der Einfluss des Funktionssystems Wirtschaft im System Krankenhaus in den letzten Jahren zugenommen hat und weiter zunehmen wird, erfordert keinen Ausschluss, sondern vielmehr eine Integration von Funktionalität. Erst durch eine solche Integration wird es möglich, den Sinnfindungsprozess in das biopscho-soziale Behandlungsmodell zu integrieren. Deshalb liegt ein Modell nahe, welches Sinnkonstitution und Wertschöpfung in der Organisation in einem systemtheoretischen Ansatz miteinander verbindet. So erschliesst der Begriff des Sensemaking im St. Galler Managementmodell der

Implementierung von Spiritual Care eine neue und vielversprechende Perspektive, da Sensemaking die Ansätze der Systemtheorie ins Management von Institutionen einbindet.⁶⁶⁶

11.1 Spiritual Care als Sensemaking in Health Care

Metaphorisch meint Sensemaking, eine Organisation und ihre Umwelt zu «lesen», indem der Vordergrund der Wertschöpfung laufend mit dem dynamischen Hintergrund (kontextuell, historisch, situativ) verbunden wird. Dieser Prozess des Sensemaking verläuft retrospektiv als Deutungs-, Interpretations- und sinnhafter Verständigungsprozess. Dabei wird Sinn nicht auf der Grundlage transzendenter Vorstellungen und Glaubensüberzeugungen, sondern anhand retrospektiver Einflüsse oder Ereignisse auf der Basis von Hintergrundwissen generiert. Dieser Prozess besteht aus verdichteten Alltagserfahrungen, die sprachfähig gemacht werden müssen. Die Differenziertheit der Sprache widerspiegelt die Differenziertheit des Handelns und des Handlungsspielraums. Der Prozess des Sensemaking erfordert, neben Lesefähigkeit und Interpretationsvermögen, auch eine differenzierte Sprache. In dieser Sprache werden Ereignisse, Kommunikationen, Entscheidungen, Handlungen und Themen herausgegriffen, sinnstiftend miteinander in Beziehung gesetzt, verdichtet und bewertet.⁶⁶⁷ Damit Sprach- und Denkformen als kollektive Sinnorientierung den Sensemaking-Prozess in der gemeinsamen Arbeit fördern, braucht es eine präzise Beschreibung und klare Unterscheidung grundlegender Begriffe und Modellkategorien. Das St. Galler Management-Modell leistet für Verantwortliche von Organisationen einen wichtigen Beitrag, bei unübersichtlichen Situationen sowie schwer durchschaubaren Handlungszusammenhängen sinnstiftende Muster und Zusammenhänge besser zu erkennen, um neue Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln. Damit Sensemaking in der Praxis einer komplexen Organisation erfolgreich umgesetzt werden kann, muss der Prozess an ein entsprechendes Management-Modell gebunden werden. Ein solches Modell dient dazu, auf einer systemtheoretischen Grundlage die gemeinschaftliche (kollektive) Arbeits-, Reflexions- und Entscheidungsfähigkeit zu stärken.

Management und Führung als wichtige Instrumente von Sensemaking in komplexen Systemen

Wie verschiedene Artikel zum integrierenden Management von Health-Care Organisationen zeigen,⁶⁶⁸ reagieren Spitäler auf den Effizienzdruck gehäuft mit Rationierung, Personalabbau sowie Reduktion von Material und Ausstattung. In einem Kontext schwer bestimmbarer Erfolgs, möglichst fehlerfreier Leistung und anspruchsvoller Beteiligung verschiedener Professionen, ist die Wertschöpfung im Spital fundamental durch Ungewissheitsbearbeitung geprägt. Im Prozess des Sensemaking geht es in einem Kontext hoher Komplexität darum, die verschiedenen sozialen Systeme und Funktionssysteme

⁶⁶⁶© Johannes Rüegg-Stürm St. Galler Management-Modell, 24. – 27.08.2016

⁶⁶⁷ Rüegg-Stürm, J. & Grand, S. Das St. Galler Management-Modell. 2., vollständig überarbeitete und weiterentwickelte Auflage, 2015, S. 45.

⁶⁶⁸ Von Arx, W. & Rüegg-Stürm, J., Integrierendes Management. Schweizerische Ärztezeitung, 2007, 88:23, S. 1012-1014.

gemeinsam in den Blick zu nehmen. Dabei besteht Sinnfindung wesentlich in der Bewältigung von Wandel, indem verschiedene Subsysteme sinnhaft aufeinander bezogen werden. Denn Erfolg ist in der Medizin nicht nur von einzelnen Aktivitäten wie der Diagnosestellung, Therapie und Begleitung abhängig, sondern von ihrer wechselseitigen Abhängigkeit und ihrem Zusammenwirken. Im Vordergrund steht die gezielte Gestaltung und Strukturierung kommunikativer Prozesse wie Rapporte, Arbeitsforen oder sonstiger gemeinsamer Plattformen.⁶⁶⁹

Ausgestaltung von Kommunikationsplattformen

Wie die Auseinandersetzungen an den verschiedenen Tagungen gezeigt haben, wird den interprofessionellen Kommunikationsplattformen eine grosse Bedeutung zugemessen. Diese Kommunikationsprozesse sind zugleich an eine Form der Sprachentwicklung gebunden, um sich bei aller Unterschiedlichkeit der Professionen gemeinschaftlich über den Prozess der Krankenbehandlung zu unterhalten. Zwar gibt es in vielen Kliniken und Spitälern solche Kommunikationsplattformen, wo besonders anspruchsvolle medizinisch-pflegerische Fachfragen erörtert werden. Hingegen gibt es erstaunlicherweise kaum interdisziplinäre Gefässe, an denen ÄrztInnen, Pflegende, IT-Experten, Patientenadministratoren sowie die Spitalleitung teilnehmen, um grundlegende Fragen des Organisierens, Führens und der strategischen Zukunftssicherung des Spitals zu reflektieren.⁶⁷⁰ Die Praxis zeigt, dass sich in der modernen Medizin medizinisch-pflegerische Fachfragen kaum mehr von den Fragen der strategischen Zukunftssicherung des Spitals trennen lassen. Will man Patienten gemäss dem Proprium der Spiritual Care „ganzheitlich“ behandeln, so kann man in der modernen Medizin nicht nur die medizinisch-pflegerische Tätigkeit in den Blick nehmen. Vielmehr soll es in diesem Prozess um die gemeinsame Entwicklung einer integralen Sicht auf die Patientengeschichte und den Spitalbetrieb als Ganzes gehen. Dies bedingt, dass die Aufgaben von Fach- und Systemführung in einer Prozessoptimierung sinnhaft aufeinander bezogen werden. Dadurch wird dem Spitalbetrieb aus systemtheoretischer Sicht ermöglicht, mit der Komplexität und dem Effizienzdruck in einer Weise umzugehen, welche die autopoietischen Prozesse in den sozialen Systemen evolutionsbedingt optimiert und zugleich auch das Umfeld anderer sozialer Systeme in den Blick nimmt. Wie die Diskussionen mit Klinikmanagern, Spitaldirektoren und Chefärzten im Rahmen der HSG-Weiterbildung in systemisch-integrativem Gesundheitsmanagement verdeutlichen, steht der Kern der Wertschöpfung eines Spitals in enger Verbindung mit der Ungewissheitsbewältigung und Ambiguitätsreduktion des Sensemaking.⁶⁷¹ Dieser Prozess soll nun am Beispiel des Akutspitals näher beschrieben und untersucht werden.

⁶⁶⁹ Rüegg-Stürm, J. & Tuckermann, H., Warum immer mehr Administration? Wege aus der Administrationsfalle. Schweizerische Ärztezeitung, 2008; 89, 7, S. 274.

⁶⁷⁰ Ebd.

⁶⁷¹ Ebd., S. 273.

11.2 Systemtheoretische Umsetzung des Sensemaking-Prozesses im Akutspital

Die Auseinandersetzung mit der untenstehenden Graphik vom St. Galler-Managementmodell zeigt, dass die von Luhmann beschriebenen Funktionssysteme in einer erweiterten Form die Umweltsphären als „Möglichkeitsraum“ darstellen. Diese Umweltsphären stehen in enger Wechselwirkung mit der Wertschöpfung des Spitals. Diese Wechselwirkung ist durch eine hohe Unsicherheit charakterisiert. Der Sensemaking-Prozess verleiht Stabilität, indem eine gemeinsam reflektierte Gestaltungspraxis dazu verhilft, Komplexität zu reduzieren und gemeinsam zu tragfähigen Entscheidungen zu gelangen. Analog zum St. Galler Management-Modell sollen nun die einzelnen Umweltsphären und organisationalen Rahmenbedingungen der normativen, strategischen und operativen Sinnhorizonte in ihrer Bedeutung dargestellt und analysiert werden.⁶⁷²



Abbildung 16: Der Sensemaking-Prozess in Anlehnung an das 4. St. Galler Management-Modell

Umweltsphäre Wirtschaft

Im Fokus steht eine optimale Verteilung von Ressourcen zur effizienten Behandlung von Patienten. Zu den Bewertungsmaßstäben gehören das Kosten-Nutzen-Verhältnis sowie Gewinn und Verlust. Gewinn und Effizienz messen sich daran, dass Patienten erfolgreich behandelt und schnellstmöglich wieder aus dem stationären Behandlungssetting entlassen werden.

Umweltsphäre Politik

Politik ist durch ihren Fokus auf Macht und Bildung von Mehrheiten zur Durchsetzung von Interessen charakterisiert. Bewertungsmaßstäbe sind die Mehrheitsfähigkeit und Durchsetzbarkeit. Politische Finanzierung und Zuschüsse nehmen Einfluss auf Behandlungsangebote und Forschungsaktivitäten.

⁶⁷² siehe Rüegg-Stürm, J. & Grand, S. Das St. Galler Management-Modell. 2., vollständig überarbeitete und weiterentwickelte Auflage, 2015, S. 74ff.

Umweltsphäre Wissenschaft

Der Fokus der Wissenschaft liegt in der Erschliessung von neuen Medikamenten und Behandlungsformen. Bewertungsmaßstab ist die Anzahl Publikationen in high ranking Journals. Wer in qualifizierten Journals viel publiziert, erhöht seine Chancen auf eine berufliche Karriere. Was in etablierten Journals hohe Publikationschancen hat, bestimmt wiederum die Investition von Spitälern in entsprechende Forschungsaktivitäten. Dieser Bewertungsmaßstab gibt einen wichtigen Hinweis darauf, warum bei der Ärzteschaft ein geringes Interesse an Forschungsaktivitäten zu Spiritual Care besteht. Da Lebensqualität kaum messbar ist, lässt sie sich schwer in klinischen Studien abbilden, was die Wahrscheinlichkeit einer Publikation in high ranking Journals reduziert.

Umweltsphäre Technologie

Der Fokus der Technologie liegt auf der Erschliessung von neuen Behandlungs- und Operationstechniken, welche die medizinische Machbarkeit und den Handlungsspielraum erweitern. Bewertungsmaßstäbe für die Technologie sind Neuartigkeit, Wirksamkeit und Zuverlässigkeit. Die Umweltsphäre Technologie steht in enger Verbindung mit der Umweltsphäre Wirtschaft, da neuartige Operationstechnologien nicht nur Fallpauschalen erhöhen, sondern auch zu kürzeren stationären Spitalaufenthalten führen.

Umweltsphäre Recht

Im Recht zeigt sich die Herausforderung, durch die Etablierung von Regeln des Zusammenlebens institutionalisierte Berechenbarkeit herzustellen. Als Bewertungsmaßstäbe gelten Legalität, Rechtssatzmässigkeit und Rechtsgleichheit. In der Organisation steht das Recht in enger Verbindung mit anderen Umweltsphären, wie z.B. der Wirtschaft und der Ethik.

Umweltsphäre Ethik

Der Fokus der Ethik liegt auf den Formen und Voraussetzungen eines guten Lebens. Ihre Bewertungsmaßstäbe sind Angemessenheit, Lebensdienlichkeit, Gerechtigkeit und Patientenautonomie. Dabei lässt sich die Zurückhaltung einiger ÄrztInnen gegenüber der Ethik dahingehend verstehen, dass die ethischen Bewertungsmaßstäbe in der Interaktion mit wirtschaftlichen, technischen und wissenschaftlichen Bewertungsmaßstäben als „Sand im Getriebe“ zu Konfliktsituationen führen können.

Umweltsphäre Gesellschaft

Gesellschaft verweist auf den Integrationshorizont unterschiedlicher Lebens- und Handlungssphären, die das organisationale Umfeld wesentlich bestimmen. Ihr Bewertungsmaßstab ist das Gemeinwohl des Public Value. Die Umweltsphäre Gesellschaft eröffnet eine Kluft zu den Umweltsphären Wirtschaft und Technik. Die hochwertige Spitzenmedizin kann immer mehr Krankheiten erfolgreich behandeln. Jedoch müssen, angesichts der knappen Ressourcen, Kosten gespart werden, da die Zahl an betagten

und chronisch kranken Menschen stetig zunimmt. Dabei kann ein eingeschränkter Zugang zu Behandlungen bei bestimmten Bevölkerungsgruppen in Konflikt mit dem Gemeinwohl des Public Value geraten.

Die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Funktionssystemen verdeutlicht, dass die Umwelt für die Organisation Krankenhaus nicht nur neue Möglichkeiten eröffnet, sondern an sie auch Erwartungen stellt. So ist die Umwelt nicht nur „Ressourcenlieferant“ für die organisationale Wertschöpfung, sondern ebenfalls Adressat der organisationalen Wertschöpfung. Die Wertschöpfung bezieht sich auf ein Wertschöpfungsergebnis, d.h. auf bestimmte Produkte und Dienstleistungen, die aus der Sicht der Zielgruppen einen Mehrwert oder Nutzen stiften. Im Akutspital sind die *Zielgruppen* die Patienten und das *Produkt* die Verbesserung von Gesundheitszustand und Lebensqualität. Charakteristisch für die Wertschöpfung eines Spitals ist die multiple Orientierung an mehreren Umweltsphären, welche mit heterogenen Erfolgsvorstellungen verbunden sind.⁶⁷³ Der organisationale Referenzrahmen wirkt dabei als kollektiv relevantes Sinn- und Orientierungsgerüst. Das St. Galler Management-Modell unterscheidet drei Sinnhorizonte:⁶⁷⁴

Normativer Referenzrahmen

Der normative Sinnhorizont bietet Orientierung bei Fragen der Identität und der gesellschaftlichen Verantwortung der Organisation durch die Schärfung grundlegender Wertvorstellungen. Was soll der zentrale Wertbeitrag unserer Tätigkeit zugunsten der Gesellschaft sein? Welche Werte bilden die handlungsleitenden Normen unseres Handelns und Umgangs mit konfligierenden Interessen? Obwohl sich der Beitrag für die organisationale Wertschöpfung an den Werten des guten, gerechten und menschenwürdigen Zusammenlebens in der Gesamtheit ausrichtet, wird das Attribut „normativ“ im St. Galler Management-Modell nicht auf das Attribut „moralisch“ reduziert, sondern mit den Attributen „wertvoll“ und „lebensdienlich“ in Verbindung gebracht.⁶⁷⁵ Am Beispiel des Akutspitals zeigt sich eine enge Kopplung von normativen Werten mit der Ökonomie. So sind in erster Linie diejenigen Werte für die Organisation verbindlich und handlungsleitend, welche sich finanziell positiv auf die Organisation auswirken. Dabei wird bei der Orientierung an den bioethischen Prinzipien deutlich, dass diese problematische Verbindung von normativem Referenzrahmen und Ökonomie mit zahlreichen Konflikten verbunden ist. Kommt man am Lebensende zum Schluss, unter Berücksichtigung der Patientenautonomie auf eine Chemotherapie zu verzichten, kann diese Entscheidung in direktem Widerspruch zu den ökonomischen Interessen des Spitals stehen. Nicht selten steht auch die Pflicht zur Fürsorge in

⁶⁷³ Rüegg-Stürm, J. & Grand, S. Das St. Galler Management-Modell. 2., vollständig überarbeitete und weiterentwickelte Auflage, 2015, S. 122.

⁶⁷⁴© Johannes Rüegg-Stürm St. Galler Management-Modell, 24. – 27.08.2016

⁶⁷⁵ siehe Rüegg-Stürm, J. & Grand, S. Das St. Galler Management-Modell. 2., vollständig überarbeitete und weiterentwickelte Auflage, 2015, S. 176.

Konflikt mit der Praxis, den Patienten schnellstmöglich aus dem stationären Behandlungssetting zu entlassen. Orientiert man sich am Prinzip der Gerechtigkeit, so stellt man fest, dass diese in der Alltagspraxis in Konflikt zur Klassenmedizin gerät. So werden privat versicherte Patienten oft schneller durch erfahrene Ärztinnen und Ärzte behandelt als allgemein versicherte Patienten.

Strategischer Referenzrahmen

Der strategische Referenzrahmen beschäftigt sich mit Fragen der Zukunftssicherung einer Organisation und der Ableitung von organisationsspezifischen Erfolgsvorstellungen. Wie kann die Organisation nachhaltige Wettbewerbsvorteile aufbauen für die langfristige Existenzsicherung? Strategische Entscheidungen setzen sich mit der Frage auseinander, wie der Standort des Spitals durch die verschiedenen Dienstleistungen und Spezialisierungen langfristig gestärkt werden kann.

Operativer Referenzrahmen

Im Zentrum des operativen Sinnhorizonts stehen die effiziente Alltagsbewältigung und Ausschöpfung bestehender Ressourcen. Wie können wir vorhandene Potentiale und Ressourcen durch effiziente Abläufe und Problemlösungsroutinen optimal ausschöpfen? So werden Zeitfenster für die Behandlung von Patienten nach bestimmten Kriterien limitiert und auf eine maximale Wertschöpfung ausgerichtet.

Sinnhorizonte als offene und dynamische Bedeutungshorizonte

Wie die verschiedenen Ausführungen zeigen, sind die Sinnhorizonte des Referenzrahmens nicht als statische und klar getrennte Einheiten, sondern als dynamische und offene Bedeutungshorizonte zu verstehen. Im Zentrum dieser Dynamik steht die gemeinsame Orientierung eines sinnstiftenden und sinnhaften Verstehens durch Sensemaking. Die Identität und das Selbstverständnis einer Organisation werden durch die Umwelt und die Wertschöpfung geprägt. Organisationale Identität schliesst die Art und Weise mit ein, wie mit Interessen, Ansprüchen und Irritationen umgegangen wird. Eine Organisation als Wertschöpfungssystem stabilisiert und strukturiert sich selbst, indem das Alltagsgeschehen sinnhaft interpretiert und eine Vielzahl von Entscheidungen getroffen wird. Dies geschieht durch eine Bündelung thematisch fokussierter Bezugspunkte in Form von Regeln, Routinen und Strukturen. Die eigenständige Identität der Organisation bildet sich nicht durch Einzelereignisse, sondern durch die spezifische Art, wie Ereignisse sachlich und zeitlich zu kohärenten Kommunikations-, Entscheidungs- und Handlungsmustern vernetzt und verdichtet werden. Zentral ist, dass sich Entscheidungsprozesse nicht als Selektionsprozesse eines Individuums, sondern als Kommunikationsprozesse verstehen. So werden in der organisationalen Kommunikation kollektive Sensemaking-Prozesse festgelegt, die zu verbindlichen Prämissen für weitere Kommunikationen, Entscheidungen und Handlungen verfertigt werden. Wirksame Entscheidungen resultieren daher nicht aus autonomen Entscheidungen eines souveränen Individuums, sondern verkörpern als kollektive Errungenschaften das Ergebnis gelungener kommunikativer Klärungs- und Legitimierungsprozesse. Dabei ergibt sich die Paradoxie, dass sich

Organisationen zur Aufrechterhaltung ihrer Stabilität durch Innovationsprozesse fortlaufend verändern und weiterentwickeln müssen, um ihre Identität zu bewahren.⁶⁷⁶ Organisationen stehen daher vor der Herausforderung, durch strukturierte Strategieentwicklungsprozesse Themen und Positionen zu erarbeiten und umzusetzen.

11.3 Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Ein gemeinschaftliches Arbeiten in einer komplexen Organisation setzt wechselseitiges Vertrauen und Offenheit, die Bereitschaft zu kontroversen Debatten und Respekt gegenüber anderen Perspektiven und Positionen voraus. Im Zentrum stehen die Entwicklung und Pflege tragfähiger Arbeits- und Kommunikationsbeziehungen sowie eine sorgfältige Erwartungskklärung, was die Ergebnisse und Leistungen betrifft. Auf der Beziehungsebene geht es um achtsame und respektvolle Umgangsformen in der Arbeitsbeziehung. So hat die Beziehungsebene einen wesentlichen Einfluss auf die Interpretation von Botschaften auf der Inhaltsebene. Auf der Prozessebene geht es um förderliche Rahmenbedingungen, wie z.B. eine sorgfältige Erwartungskklärung, Vereinbarung von Spielregeln der Kommunikation und Zusammenarbeit, Umgang mit knappen Zeitressourcen, Sorgfalt im Sprachgebrauch, präzise Artikulation von Argumenten oder Einsatz von Visualisierungshilfen (wie z.B. Flipcharts). Diese dynamische Stabilisierung auf der Beziehungs- und Prozessebene bildet eine unabdingbare Voraussetzung für die Diskussion von kontroversen und emotional aufgeladenen Themen.

Konfligierende Werte und Erwartungen

Was zunächst als logische Schlussfolgerung klingt, erweist sich in der komplexen Organisationsstruktur des Spitals als Herausforderung. Folgendes Beispiel soll dies kurz illustrieren. In einer Informationsveranstaltung des Spitals X erhalten medizinische Fachpersonen folgende zwei Informationen: Erstens sollen Konflikte in der Institution in offener und proaktiver Weise ausgetragen werden. Zweitens werden Werte dann in der Institution verbindlich gelebt, wenn sie sich finanziell positiv auf die Wertschöpfung der Institution auswirken. Systemtheoretisch heisst das, dass die Kontingenz einer Vielzahl von Möglichkeiten auf eine bestimmte Selektion reduziert wird. Die Entscheidung, wie in der Institution Konflikte ausgetragen werden, orientiert sich weder am Möglichkeitsraum des Umfeldes noch an den Gegebenheiten einer konkreten Situation. Setzt man das Konfliktverhalten in Beziehung zur Umwelt, dann stellt man fest, dass das offene Austragen von Konflikten mit einigen Funktionssystemen kaum kompatibel ist. So treten Konflikte gehäuft bei Behandlungsentscheidungen am Lebensende zwischen den Funktionssystemen Ethik und Wirtschaft auf. Während aus ethischer Sicht z.B. eine Behandlungsentscheidung aufgrund ihres Missverhältnisses zwischen Schaden und Nutzen für den Patienten gegen

⁶⁷⁶ Rüegg-Stürm, J. & Grand, S. Das St. Galler Management-Modell. 2., vollständig überarbeitete und weiterentwickelte Auflage, 2015, S. 145.

die Behandlung ausfällt, müsste sie aus wirtschaftlicher Sicht positiv ausfallen, weil eine zusätzliche Behandlung dem Spital eine höhere Wertschöpfung bringt. Sind die Werte nur dann für die Institution verbindlich, wenn sie sich ökonomisch rechnen, dann lassen sich Konflikte in Bezug auf Behandlungsentscheidungen am Lebensende aus ethischer Sicht kaum proaktiv bewältigen. Dieses Beispiel verdeutlicht die Tragweite von Kommunikationsentscheidungen für die Organisation Krankenhaus aus systemtheoretischer Perspektive sehr eindrücklich. Hält sich die medizinische Fachperson nun an die Prämisse einer proaktiven und offenen Konfliktbewältigung, dann ist es verständlich, dass sie die Auseinandersetzung mit der Ethik lieber vermeidet. Setzt sie sich hingegen mit moralischem Verhalten auseinander, löst dies Konflikte aus, die sie ja, aufgrund der Prämisse der Unterordnung der Ethik unter die Maxime der Wirtschaft, im Sinne einer proaktiven Konfliktlösung gar nicht bewältigen kann.

Aufgrund dieser Entwicklung kommt die vorliegende Arbeit zum Schluss, dass sich die Chancen für eine Umsetzung von Spiritual Care im Behandlungsprozess erhöhen, wenn sie an den Klinikprämissen ansetzt. Das bedeutet, dass Spiritual Care nicht an praxisfernen Themen (wie z.B. Diskussion über spirituelle Assessments), sondern im Sinne eines Sensemaking direkt an alltagsrelevanten Konfliktsituationen ansetzt. In diesem Sinne sollten die nötigen interprofessionellen Plattformen geschaffen werden, um in der hoch komplexen Umfeld-Organisation-Interaktion die konfligierenden Werte und Erwartungen aufzuzeigen und zu diskutieren. Dazu braucht es ein Klima gegenseitigen Respekts und Vertrauens. Gelingt es dies in der Organisation zu schaffen, dann ist davon auszugehen, dass der Sensemaking-Prozess wesentlich zur Konfliktbewältigung in der Organisation beitragen wird.

11.4 Nächste Schritte

Wie die Auseinandersetzungen zeigen, erweist sich die Berücksichtigung von Funktions- und Kommunikationsstrukturen bei der Implementierung von Spiritual Care als sehr zentral. Dies deshalb, weil er im klinischen Setting zu einem Wandel geführt: von einem substantiellen oder universell perennialistischen zu einem funktionalistisch-konstruktivistischen Spiritualitätsverständnis. Dieser Wandel wurde in der vorliegenden Arbeit mit dem „Sensemaking“-Begriff zum Ausdruck gebracht. Die Sensemaking-Methode unterstützt die Betroffenen in ihrem individuellen Prozess, im Zusammenspiel von Lebenserfahrungen, Beziehungen, Rollen, Werten, Lebensaufgaben und Umgebungsfaktoren übergeordnete Ordnungen und Sinnstrukturen zu erkennen und zu gestalten. Dabei eröffnet die Workshop-Methodik des World-Cafés den verschiedenen Berufsgruppen in der Institution einen sicheren Rahmen, um kooperativ zu werden, konstruktiv zu diskutieren, Muster und Zusammenhänge zu erkennen, Konflikte zu lösen und Veränderungsprozesse zu initiieren. World-Cafés finden in internationalen Konzernen, politischen Organisationen und Gemeinden etc. statt. Die Methodik erweist sich insbesondere bei heterogenen Berufsgruppen, die gemeinsam von einem Thema betroffen sind, als besonders

wirkungsvoll. Sie ist gut geeignet, um unterschiedliche Erlebens- und Sichtweisen zu einem Thema zusammenzuführen, gemeinsam Strategien zu entwickeln und in kurzer Zeit einen Handlungsplan zu entwerfen. Zugleich wird, durch die Durchmischung der Gruppen in der letzten Diskussionsrunde, eine Vernetzung von verschiedenen Berufsgruppen bezweckt. Die Teilnehmer sitzen im Raum verteilt an Tischen mit vier Personen. Die Tische sind mit weissen, beschreibbaren Flipchart-Tischdecken, Stiften und farbigen Karten für die Ergebnissammlung ausgestattet. Im Verlauf werden drei Fragesequenzen in aufeinanderfolgenden Gesprächsrunden während 30 Minuten bearbeitet. Die Gruppen mischen sich bei jeder Gesprächsrunde neu. Sie bestimmen nach jeder Runde eine Person, die am Tisch bleibt. Diese Person übernimmt die Rolle, die neuen Gäste zu begrüßen und kurz das vorhergehende Gespräch zusammenzufassen. Jede Gesprächsrunde schliesst mit einer Reflexionsphase von 10 Minuten ab. In den ersten beiden Runden arbeiten die Fachpersonen in ihren jeweiligen Berufsgruppen (ÄrztInnen, Pflege, PsychologInnen und SeelsorgerInnen). In der dritten und letzten Runde werden die Berufsgruppen gemischt, so dass an jedem Tisch alle Berufsgruppen vertreten sind. Dieser Prozess benötigt mit einer theoretischen Einführung ca. 3 Stunden.

Implementierung von Spiritual Care als Sensemaking-Prozess im Akutspital

Nach einer theoretischen Einführung soll anhand der Methodik des World-Cafés Spiritual Care in der Pilot-Institution X als Sensemaking-Prozess (siehe Zielsetzung 2 in Kapitel 1.3, S. 13-14) eingeführt werden. In einem ersten Block werden folgende Fragen in der Gruppe diskutiert:

1. Bedürfnisse und Erwartungen in Bezug auf Sensemaking

- 1 a) Welche Bedürfnisse und Erwartungen in Bezug auf Sensemaking haben Sie persönlich?*
- 1 b) Welchen Bedürfnissen und Erwartungen begegnen Sie bei Patientinnen und Patienten?*
- 1c) Welchen Bedürfnissen und Erwartungen begegnen Sie im interprofessionellen Team?*
- 1c) Wie unterscheiden sich die verschiedenen Bedürfnisse und Erwartungen?*

Die Gruppen werden dazu aufgefordert, Gedanken und Visualisierungen direkt auf die Flipcharts zu schreiben. Nach 30 Minuten erhält jede Gruppe die Aufgabe, während 10 Minuten die wichtigsten drei Ergebnisse stichwortartig auf die dafür bereitstehenden farbigen Zettel zu notieren. Danach wird in jeder Gruppe eine Person bestimmt, welche als Gastgeber am Tisch bleibt, und der nächsten Gruppe die Ergebnissammlung präsentiert. Die übrigen Mitglieder verteilen sich und bilden an anderen Tischen neue Gruppen. Es wird darauf geachtet, dass die Berufsgruppen weiterhin unter sich bleiben. Um eine möglichst breite Sichtweise auf die diskutierten Themenbereiche zu erhalten, arbeiten die Gruppen bei der zweiten Frage an den Themen weiter, die sie jeweils an ihren Tischen vorfinden.

2. Interventionen zu Sensemaking

Die Fragen in der zweiten Runde sind handlungsorientiert gestellt:

- 2 a) Durch welche Interventionen kann Sensemaking im klinischen Alltag auf die verschiedenen Bedürfnisse und Erwartungen eingehen?*
- 2b) Welche Aufgaben und Ziele sollte Sensemaking erfüllen? Wo liegen die Möglichkeiten und Grenzen von Sensemaking in unserem Team und unserer Institution?*
- 2c) Welche Sensemaking-Gefässe braucht es im Klinikalltag für Fachpersonen und Patienten?*

Nach 30 Minuten erhält die Gruppe wiederum die Aufgabe, während 10 Minuten die wichtigsten drei Ergebnisse stichwortartig auf die farbigen Zettel zu notieren. Wieder wird in jeder Gruppe eine Person bestimmt, die als Gastgeber am Tisch bleibt, und der nächsten Gruppe die Ergebnissammlung präsentiert. In der dritten Runde arbeiten die Gruppen an den Tischen in einer interprofessionellen Zusammensetzung mit anderen Berufsgruppen.

3. Klärung von Prozessen und Zuständigkeiten

Die Frage der dritten Runde fokussiert sich nun auf die interprofessionelle Umsetzung der Ergebnisse aus der zweiten Runde:

- 3 a) Was müssen wir heute beschliessen, um unsere Ziele zu erreichen?*
- 3 b) Welche Beschlüsse braucht es auf der Ebene der Klinikleitung?*
- 3c) Was sind die nächsten Schritte und Meilensteine? Wer ist für was zuständig?*

Nach 30 Minuten halten die verschiedenen Gruppen erneut während 10 Minuten die wichtigsten Ergebnisse auf den farbigen Zetteln fest. Nach dieser Runde setzen sich die verschiedenen Berufsgruppen nochmals während 20 Minuten zusammen, um die wichtigsten Ergebnisse zusammenzutragen. Wiederum handelt es sich um die „Top 3 Handlungsempfehlungen“. Diese werden in einem letzten Schritt dann dem Plenum vorgestellt. Im Anschluss an diesen Workshop werden Flipcharts und Ergebniskarten fotografiert und als Ergebnissammlung im Schlussbericht den TeilnehmerInnen zur Verfügung gestellt.

Überprüfung der Qualität von Spiritual Care

Auch wenn die vorliegende Arbeit ohne empirische Studie keine Aussagen zur Wirksamkeit von Spiritual Care machen kann, lässt die Methodik des World-Cafés doch ein paar bescheidene Aussagen zur Qualität von Massnahmen in Sensemaking zu (siehe Zielsetzung 3 in Kapitel 1.3):

a) Kriterien für Qualität und Wirksamkeit von Spiritual Care

Zentrale Qualitätskriterien für die Spiritual Care Intervention des Sensemaking sind eine Kultur, welche verschiedene Weltanschauungen zulässt und die Weiterentwicklung des gesamten Systems fördert.

Diese Qualitätskriterien lassen sich im Gruppenprozess des World-Cafés sehr gut überprüfen. Da alle Tische im selben Raum stehen, lässt sich in der Rolle der/des Moderatoren/in der Verlauf der Gruppendiskussion beobachten. Wie gut können einzelne Gruppenmitglieder mit anderen Meinungen umgehen? Zeigen sich im Gruppenprozess Hierarchien, dass z.B. die Haltung des Gruppenleiters die Diskussion dominiert? Gelangt die Diskussion am Schluss zu konkreten Entscheidungen und Umsetzungsmassnahmen? Werden diese Entscheidungen von der Gruppe mitgetragen, oder durch eine Einzelperson – ohne Zustimmung der Anderen bestimmt?

b) Operationalisierung von Spiritual Care in einem empirischen Forschungsdesign

Die Intervention des Sensemaking wird sowohl auf der Grundlage der bei den Patienten wahrgenommenen Bedürfnisse als auch der institutionellen Rahmenbedingungen festgelegt. Die im Rahmen des World Cafés erstellten Flipcharts und Ergebnissicherungen geben Aufschluss über die Augenscheinvalidität - also über das, was die verschiedenen Berufsgruppen aufgrund der wahrgenommenen Bedürfnisse als Sensemaking definieren. Die Methodik des World-Cafés eignet sich sehr gut, um mit wenig Zeitaufwand und finanziellen Mitteln Ergebnisse zu erhalten, die sich ebenfalls nach den wissenschaftlichen Kriterien der Consensus-Konferenz oder des St. Galler Management Modells auswerten lassen. Empirisch können die Ergebnisse noch durch einen Fragebogen ergänzt werden, der den Teilnehmenden im Anschluss an die Veranstaltung abgegeben wird.

In diesem Sinne erfüllt der Sensemaking-Prozess in Spiritual Care die Funktion, inmitten eines widersprüchlichen und konfliktreichen Umfeldes kohärent zu handeln, indem Erwartungen immer wieder an sich verändernde Umstände und Lebenssituationen angepasst werden. Sowohl für PatientInnen als auch für Fachpersonen sind Erfahrungen von Kontinuität und Kohärenz deshalb bedeutsam, weil sie dem Menschen, inmitten der Unberechenbarkeit und Unsicherheit des modernen Lebens, das Gefühl von Sicherheit vermitteln. Im Sensemaking-Prozess geht es darum, diesen roten Faden in der Biographie und beruflichen Identität des Menschen zu entdecken und in der Zusammenarbeit mit Teams und Organisationen weiterzuentwickeln.

Umsetzung des Sensemaking-Prozesses in der Einzelberatung

Wie sich anhand eines konkreten Beispiels gezeigt hat, könnte sich der Sensemaking-Prozess auch in der Einzelberatung von chronisch und unheilbar kranken Menschen als vielversprechendes Konzept erweisen. Zumal viele Betroffene ihr Leben nach der belastenden Diagnose als Fragmente von Einzelteilen erleben, die sie biographisch in die persönliche Lebensgeschichte zu integrieren versuchen. Grundlage des Beratungsgesprächs bildet das an die Patientensituation adaptierte Sensemaking-Modell. Dabei geht es im Gespräch mit Betroffenen um folgende vertiefende Fragestellungen:

1. Bedeutung der Erkrankung

- 1a) *Welchen Einfluss hat die Erkrankung auf den/die Betroffene/n und sein/ihr soziales, berufliches und soziokulturelles Umfeld?*
- 1b) *Welchen Einfluss hat die Erkrankung auf seine/ihre persönlichen Wertvorstellungen, Lebensziele, Erwartungen und Lebensqualität?*
- 1c) *Wie werden im Narrativ Ressourcen und Konflikte dargestellt? In welchem Verhältnis stehen seine/ihre Wertvorstellungen, Lebensqualität, Erwartungen und Lebensziele zu den Erwartungen seines/ihres Umfeldes?*

Im Anschluss an diese Sequenz werden die verschiedenen Einflussfaktoren der Erkrankung sowie die Wert- und Zielvorstellungen des/der Betroffenen analog zur Abbildung 17 (siehe unten) visualisiert.

2. Bedürfnisse, Hoffnungen und Wünsche des/der Betroffenen

Die nächste Gesprächssequenz widmet sich der Hoffnung und den Bedürfnissen des/der Betroffenen:

- 2a) *Was bedeutet Hoffnung für den/die Betroffene/n? Auf was hofft er/sie?*
- 2b) *Was sind seine/ihre Bedürfnisse und Wünsche in Bezug auf die Zukunft?*
- 2c) *Welche Ressourcen haben dem Betroffenen bisher bei der Bewältigung schwieriger Lebensereignisse geholfen?*

Die Betroffenen werden anschliessend gebeten, ihre Hoffnungen, Bedürfnisse und Wünsche in Form von Schrift, Worten, Bildern, Gesten, Körperhaltungen, Farben, Klängen etc. zum Ausdruck zu bringen.

3. Stärkung von Hoffnung im Kontext der aktuellen Lebenssituation

- 2a) *Was fällt dem/der Betroffenen auf, wenn er/sie die aktuelle Lebenssituation im Kontext seiner/ihrer Bedürfnisse und Hoffnungen betrachtet?*
- 2b) *Wie kann Hoffnung unterstützt werden, wenn die Hoffnung auf Heilung der Krankheit zerbricht?*
- 2c) *Wie können Ressourcen unterstützt werden, die das Familiensystem zusammenhalten, in das der Kranke eingebettet ist? Was brauchen Angehörige?*
- 2d) *Was braucht der/die Betroffene im Umgang mit ungelebten und nicht verwirklichtbaren Wünschen und Zielen? Wie sollen diese gewürdigt, allenfalls verabschiedet werden?*

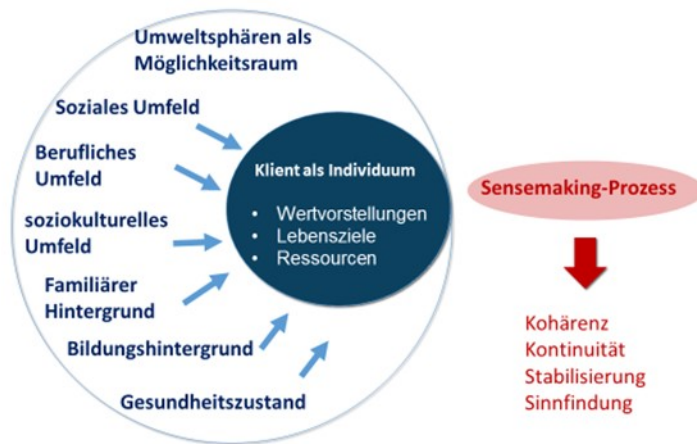


Abbildung 17: Sensemaking-Modell für die Einzelberatung in Anlehnung an das 4. St. Galler Management-Modell

Erfülltes Leben als Deutungsprozess in der Lebensgeschichte

Wie die Auseinandersetzung mit Luhmanns Systemtheorie verdeutlicht, gibt es in narrativen Darstellungen von Lebensgeschichten eine Vielzahl an Möglichkeiten, Erfahrungen und Lebensereignisse über die Lebensspanne zu deuten und zur individuellen Lebensgeschichte zu verarbeiten. So ist das, was in der biographischen Lebensgeschichte als „Glückserzählung“ oder „Erfolgsgeschichte“ dargestellt wird, nicht in erster Linie abhängig von der Häufigkeit positiver Ereignisse. Analog kann aus einer „Unglückserzählung“ oder „Misserfolgserzählung“ nicht der Schluss gezogen werden, dass ein Mensch in seinem Leben weitgehend negative Ereignisse zu bewältigen hatte. Immer wieder hat mich in meiner beruflichen Tätigkeit die Frage beschäftigt, wie es dazu kommt, dass Krebspatienten in der letzten Lebensphase darüber berichten, dass der Krebs in ihrem Leben eine Chance gewesen sei? Dass ihr Leben mit Krebs jetzt „besser“ sei als ihr gesundes Leben zuvor? Bei der Nachfrage, was unheilbar kranke Menschen denn unter „Chance“ und „gutem Leben“ verstehen, wird von Betroffenen gehäuft über veränderte Lebensziele, Stärkung von sozialen Beziehungen und mehr Achtsamkeit gegenüber der eigenen Person berichtet. Diese Erfahrungen deuten darauf hin, dass Sinnfindung und erfülltes Leben nicht ausschliesslich von positiv konnotierten Lebensereignissen abhängig sind. Vielmehr erschliessen sich Glück und Sinnfindung konstruktivistisch im Deutungsprozess. So stellt sich die Frage nach der Bedeutung, die einem Ereignis bei der potentiellen Vielfalt an Deutungsmöglichkeiten gegeben wird. Wie können Betroffene in ihrem individuellen Prozess unterstützt werden, kritische Lebensereignisse in der Lebensgeschichte so zu einem kohärenten Ganzen zu verbinden, dass sie dadurch eine Stabilisierung und Stärkung ihrer Identität erfahren? Gerade in einer Gesellschaft, die in der Arbeits- und Beziehungswelt zahlreiche Veränderungen und Unsicherheiten durchlebt, zeigt sich ein grosses Bedürfnis nach Kontinuität, Stabilität und Sicherheit.

Hoffnung als Gewissheit in Ungewissheit

Ich möchte meine Ausführungen mit einem Zitat von Vaclav Havel schliessen, der als tschechischer Schriftsteller, Staatspräsident und einer der führenden Regimekritiker der kommunistischen Partei grosse Bekanntheit erlangt hat: *„Hoffnung ist nicht die Gewissheit, dass etwas gut ausgeht, sondern die Gewissheit, dass etwas Sinn hat, egal wie es ausgeht.“* Hoffnung bekommt dort ein Gewicht, wo man einer Situation ausgeliefert ist und zur Untätigkeit gezwungen wird. Hoffnung fordert uns heraus, uns dem zu überlassen, was geschehen wird. In der Hoffnung nehmen Menschen Bezug zu ihrem spirituellen Urgrund des Seins, indem sie sich ihm vertrauend überlassen. Hoffnung wird dort transzendent, wo etwas im Rahmen einer unsichtbaren Ordnung geschieht. In diesem Sinne ist Hoffnung als existentieller Akt eine von einem tiefen Lebensgefühl getragene Entscheidung und Haltung. So sollte es aus der Sicht der vorliegenden Arbeit in Spiritual Care wesentlich darum gehen, die Werte von Menschen aufrechtzuerhalten, mit denen sie sich verbunden fühlen – die medizinisch deshalb von hoher Relevanz sind, weil sie den/die einzelne/n Betroffene/n beleben, motivieren, aktivieren – und ihn oder sie am Prozess der Heilung teilhaben lassen. Denn ohne Hoffnung gibt es weder Motivation noch Lebenswillen. Der Gründer und Vorsitzende der Internationalen Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse, Alfred Längle, hat *„Hoffnung als Raum zwischen Möglichkeit und Sein“* bezeichnet, in dem vieles möglich wird. Hoffnung hat deshalb Sinn, weil man fühlt, dass das eigene Dasein aufgehoben ist in einem grösseren Ganzen. Dieser rhythmische Wechsel von Teilhabe am Leben, Werden und sich-in-Beziehung-Bringen durchströmt unser Sein. Diese Hoffnung und das Gehaltensein inmitten von Krisen und Leid, gilt es in der Spiritual Care bis zum letzten Atemzug zu stärken.

12. Literaturverzeichnis

- Agarwal, J., Powers, K., Pappas, L., Buchmann, L., Anderson, L., Gauchay, L. & Rich, A.: Correlates of elevated distress thermometer scores in breast cancer patients. In: *Support Cancer Care* 2013 (21), S. 2125–2136.
- Ai, A.L., Tice, T.N., Peterson, C. & Huang, B.: Prayers, Spiritual Support, and Positive Attitudes in Coping With the September 11 National Crisis. In: *Journal of Personality* 2005 (73:3), S. 763–792.
- Albert A. Ch. (2014): Christologische Begründung diakonischen Handelns im Lichte der Rechtfertigungslehre. In: Sigrist, Ch. & Rüegger, H. (Hrsg.). *Helfendes Handeln im Spannungsfeld theologischer Begründungsansätze*. Zürich: Theologischer Verlag TVZ, S. 51–64.
- Albrecht, B. (2012): *Evangelische Publizistik und NS-Diktatur 1933 bis 1941. Am Beispiel des Hannoverschen Sonntagsblattes, des Stuttgarter Evangelischen Sonntagsblattes und der Jungen Kirche*. Dissertation an der Gemeinsamen Fakultät für Geistes- und Sozialwissenschaften der Universität Hannover.
- Althaus, P. (1933): *Die deutsche Stunde der Kirche*. Band III. Göttingen.
- Althaus, P. (1888–1966) : *Professor, Prediger und Patriot in seiner Zeit* (2013): Verfasst von G. Jasper. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ambaum, J. (1966): Preis der Barmherzigkeit. in: Ders. (Hrsg.), *Schriften zur Theologie*. Band VII. Einsiedeln.
- Ammann, Ch. (2007): Wer sagt, was christliches Mitgefühl ist? Einige Bemerkungen im Gespräch mit Robert C. Roberts' *Compassion as an Emotion and Virtue*. In: Dalferth, I.U. & Hunziker, A. (Hrsg.). *Mitleid*. Tübingen: Mohr Siebeck, S. 139–160.
- Anandarajah, G. & Hight, E.: Spirituality and Medical Practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. In: *American Family Physician* 2001 (63), S. 81–92.
- Ando, M., Morita, T., & Oshima, A.: Reminiscence Cognitive Behavior Therapy for Spiritual Well-Being and Self-Esteem of Cancer Patients. In: *Journal of Cancer Therapy* 2011 (2), S. 105–109.
- Ansorge, D. (2009): *Gerechtigkeit und Barmherzigkeit Gottes. Die Dramatik von Vergebung und Versöhnung in bibeltheologischer, theologiegeschichtlicher und philosophiegeschichtlicher Perspektive*. Freiburg/Basel/Wien: Herder.
- Antonovski, A. (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Azari, N.P., Nickel, J., Wunderlich, G., Niedeggen, N., Hefter, H., Tellman, N., Herzog, H., Stoerig, P., Birnbacher, D. & Seitz, R.J.: Short Communication. Neural correlates of religious experience. In: *European Journal of Neuroscience* 2001 (13), S. 1649–1652.
- Balboni, T., Balboni M. et al. (2011): Support of Cancer Patients' Spiritual Needs and Associations With Medical Care Costs at the End of Life. *Cancer*, 2011, Dec. 1.
- Bankok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Online verfügbar unter http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en.
- Barth, H-M. (1993): Spiritualität. In: *Ökumenische Studienhefte* 2, S. 21–32.
- Barz, H. (1995): Meine Religion mach' ich mir selbst! . In: *Psychologie heute* 22 (7), S. 20–27.
- Bauer, W. (1985): Theologie zwischen Dynamik und Erstarrung. In: Ders. (Hrsg.), *Entwürfe der Theologie*. Graz/Wien/Köln: Styria, S. 7–13.
- Baumann, K. (2009): Religiöser Glaube, persönliche Spiritualität und Gesundheit. In: *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 55, S. 131–144.

-
- Beck, U. (2008): Der eigene Gott. Von der Friedensfähigkeit und dem Gewaltpotential der Religionen. Frankfurt am Main: Verlag der Weltreligionen im Insel Verlag.
- Berger, P. L. (1980): Der Zwang zur Häresie. Religion in der pluralistischen Gesellschaft. Frankfurt: Fischer.
- Bertelsmann-Stiftung (Ed.). (2009): What the world believes. Analysis and commentary on the Religion Monitor 2008. Gütersloh: Verlag Bertelsmann-Stiftung.
- Best, M., Aldridge, L., Butow, Ph., Olver, I., Price, M. & Webster, F.: Assessment of spiritual suffering in the cancer context: A systematic literature review. In: *Palliative and Supportive Care* 2014, S. 1–27.
- Biberman, J. (2014): Spirituality in organizations: Paralleles with spirituality in other disciplines – toward a coherent theory. In: Present-Day Spiritualities, Contrasts and Overlaps, Edited by Hense, E., Jespers, F. & Nissen, P. Leiden & Boston: Brill Verlag.
- BIGORIO (2008): Empfehlungen zu Palliative Care und Spiritualität. Konsens zur „best practice“ für Palliative Care in der Schweiz.
- Blanchard, J., Dunlap, D. & Fitchett, G.: Screening for spiritual distress in the oncology inpatient: a quality improvement pilot project between nurses and chaplains. In: *Journal of Nursing Management* 2012 (20), S. 1076–1084.
- Bobert, S. (2010): Jesus-Gebet und neue Mystik. Grundlagen einer christlichen Mystagogik. Kiel: Buchwerft.
- Boeve, L. (2012): Unterbrechung und Identität in der pluralistischen Welt von heute. Spiritualität und das offene Narrativ. In: Kunz, R. & Kohli Reichenbach, C., Spiritualität im Diskurs. Spiritualitätsforschung in theologischer Perspektive. 4. Band. Zürich: Theologischer Verlag TVZ, S. 161-179.
- Boison A.T. (1962): The exploration of the Inner World. Chicago: Willnet-Clark.
- Bonhoeffer, Th. (1990): Ursprung und Wesen der christlichen Seelsorge. Zur Entstehung des Begriffs Seelsorge. In: *Archiv für Begriffsgeschichte* 33, S. 7–21.
- Bopp, K. (1998): Barmherzigkeit im pastoralen Handeln der Kirche. Eine symbolisch-kritische Handlungstheorie zur Neuorientierung kirchlicher Praxis. München: Don Bosco.
- Borasio, G. D. (2014a): Geleitwort. In: Schulte, V. & Steinebach, Ch. Innovative Palliative Care. Bern: Huber Verlag.
- Borasio, G. D. (2014b): Spiritual Care. Eine Aufgabe für den Arzt? In: Noth, I. & Kohli Reichenbach, C. Palliative und Spiritual Care. Zürich: Theologischer Verlag TVZ.
- Brandt, W. (1977): Rede auf dem ausserordentlichen Parteitag der SPD am 12. Oktober 1972 in Dortmund, Manuskriptseite 20. In: Kogon, E., Liebe - einfach und paradox, in: Jens, W. (Hrsg.), Der barmherzige Samariter. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus; S. 116-124.
- Bredle, J.M., Salsman, J.M., Debb, S.M., Arnold, B.J. & Cella, D.: Spiritual Well-Being as a Component of Health-Related Quality of Life: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). In: *Religions* 2011 (2), S. 77–94.
- Breitbart, W.: Spirituality and meaning in supportive care: spirituality-and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. In: *Support Care Cancer* 2002 (10:4), S. 272-280.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, Ch., Pessin, H. Poppito, Sh., Nelson, Ch. et al.: Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. In: *Psychology* 2012 (19:1), S. 21–28.
- Brendlin, A.: Art. Sünde, in: Cancik, H. (Hrsg.), Handbuch religionswissenschaftlicher Grundbegriffe. Band 5. Stuttgart: Kohlhammer, S. 125-134.
- Buber, M. (1973): Das dialogische Prinzip. Heidelberg: Lambert Schneider.

-
- Buessing, A., Matthiessen, P.F. & Ostermann, T. (2005): Engagement of patients in religious and spiritual practices: Confirmatory results with the SpREUK-P 1.1 questionnaire as a tool of quality of life research. In: *Health and Quality of Life Outcomes* (3), S. 1–11.
- Bultmann, R. (1965a): Der Gottesgedanke und der moderne Mensch. In: Bultmann, R. (Hrsg.), *Glauben und Verstehen*. Tübingen.
- Bultmann, R. (1965b): Erziehung und christlicher Glaube. In: Bultmann, R. (Hrsg.), *Glauben und Verstehen*. Band 4. Tübingen.
- Büssing, A.: Kein Weg zurück - Heilung als Prozess des Werdens. In: *Deutsche Zeitschrift für Onkologie* 2008 (40), S. 28–31.
- Büssing, A. (2011a): Die Bedeutung von Religiosität und Spiritualität für chronisch Kranke. In: Klein, C., Berth, H., Balck, F. (Hrsg.). *Gesundheit - Religion - Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim/München: Juventa, S. 189-213.
- Büssing, A. (2011b): *Spiritualität Transdisziplinär*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Büssing A. & Koenig, H.G: Spiritual Needs of Patients with Chronic Diseases. In: *Religions* 2010 (1), S. 18–27.
- Büssing, A., Balzat, HJ. & Heusser, P.: Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer - validation of the spiritual needs questionnaire. In: *European Journal of Medical Research* 2010 (15:6), S. 266–273.
- Bützberger, P., Gasser, R., Meffert, C., Caspar, C., Beer, H.J. & Becker, G.: The Spiritual Dimension in Oncology - A Survey among Swiss Oncologists. In: *in press*. 2014.
- Caldeira, S., Campos de Carvalho, E. & Vieira, M.: Between spiritual wellbeing and spiritual distress: possible related factors in elderly patients with cancer. In: *Revista Latino-Americana Enfermagem* 2014 (22:1), S. 1–11.
- Chambers, S.K., Girgis, A., Occhipinti, S., Hutchison, S., Turner, J., Morris, B. & Dunn, J.: Psychological Distress and unmet supportive care needs in cancer patients and carers who contact cancer helplines. In: *European Journal of Cancer Care* 2012 (21), S. 213–223.
- Charta zur Betreuung Schwerstkranker und Sterbender Menschen in Deutschland: Hg. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V./ Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V./BundesÄrztInnenkammer. September 2010.
- Chochinov, H.M., Hack, Th et al. (2005): Dignity Therapy: A Novel Psychotherapeutic Intervention for Patients Near the End of Life, *Journal of Clinical Oncology* Vol. 23 (24), S. 5520-5525.
- Coward, D. D.: Facilitation of self-transcendence in a breast cancer support group:II. In: *Onc Nurs Forum* 2003 (30), S. 291–300.
- Cullmann, O.: Unsterblichkeit der Seele oder Auferstehung der Toten? Die Antwort des Neuen Testaments. In: Brüntrup, G. (Hg.), *Auferstehung des Leibes-Unsterblichkeit der Seele*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 13-24.
- Curlin, F.A., Ryan, M.D., Lawrence, E., Odell, S., Chin, M.H., Lantos, J.D., Koenig, H.D. & Meador, K.G.: Religion, Spirituality, and Medicine: Psychiatrists' and Other Physicians' Differing Observations, Interpretations, and Clinical Approaches. In: *Am J Psychiatry* 2007 (164:12), S. 1825–1831.
- Dahlgrün, C. (2012): Die Gabe, die Geister zu unterscheiden. Von den Kriterien christlicher Spiritualität. In: Kunz, R. & Kohli Reichenbach, C., *Spiritualität im Diskurs. Spiritualitätsforschung in theologischer Perspektive*. 4. Band. Zürich: Theologischer Verlag TVZ, S. 81-97.
- Danz, D. (2010): Kontingenzerfahrungen, Religion und die christliche Sicht anderer Religionen. In: Weiss, H., Federschmidt, K. & Temme, K. (Hrsg.) *Handbuch interreligiöse Seelsorge*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlagsgesellschaft; S. 17-52.

-
- Dilger, I. (1983): Das Dialogische Prinzip bei Martin Buber. Frankfurt am Main: Haag + Herchen Verlag.
- Ecoplan Forschung und Beratung in Wirtschaft und Politik (2014): Palliative Care und Psychische Erkrankungen. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.
- Emmons, R. A.: Is spirituality an intelligence? . In: *International Journal for the Psychology of Religion* 2000 (10), S. 3–16.
- Emmons, R. A.: Personal strivings: an approach to personality and subjective well-being. In: *Journal of Personality and Social Psychology* 1986 (54), S. 1058–1068.
- Erikson, E. H. (1966): Identity and the Life Cycle. Übersetzung: Identität und Lebenszyklus (1966). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Erikson, E. H. (1971): Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Europäisches Netzwerk für Klinikseelsorge (eingesehen im 2015). Online verfügbar unter: <http://enhcc.eu>, zuletzt aktualisiert am eingesehen im Januar 2015.
- European Association for Palliative Care (EAPC) (2011): Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. In: *European Journal of Palliative Care* 18 (2), S. 186–189.
- Evers, S.: Portrait des Verbandes der Seelsorge im Gesundheitswesen. In: *Wege zum Menschen* 2013 (65; 6), S. 479–490.
- EVS. (2013): European Values Studies/Europäische Wertestudien (1990-2008). Tabellenband Europadaten. Online verfügbar unter <http://ktf.univie.ac.at/wertestudie>, zuletzt aktualisiert am 03.05.2013.
- Faber, H. (1993): Die Bedeutung der klinischen Seelsorgeausbildung für die Kirche. In: *Wege zum Menschen* (45), S. 471–476.
- Feil, E.: Religio. Bd. 2: Die Geschichte eines neuzeitlichen Grundbegriffs zwischen Reformation und Rationalismus. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Fish, J.A., Ettridge, D., Sharplin, G.R., Hancock, B. & Knott, V.E.: Mindfulness-based Cancer Stress Management: impact of a mindfulness-based programme on psychological distress and quality of life. In: *European Journal of Cancer Care* 2013 (23), S. 413–421.
- Folkman, S.: Positive psychological states and coping with severe stress. In: *Soc Sci Med* 1997 (45), S. 1207–1221.
- Frankl, V. (2011): Ärztliche Seelsorge in der Praxis. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse; und Vorarbeiten zu einer sinnorientierten Psychotherapie. Hg. v. Alexander Batthyány. Wien, Köln, Weimar: Böhlau (Gesammelte Werke, Bd. 4).
- Freud, S. (1933): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse: S. Fischer Verlag.
- Freud, S. – Pfister, O. (2014): Briefwechsel 1909-1939. Hg. v. Isabelle Noth. Zürich: Theologischer Verlag TVZ.
- Frick, E.: Pausen und Noten. Spiritual Care kann bei Pflegern und Ärztinnen für Entlastung sorgen. In: *Zeitzeichen* 2014 (15; 5), S. 16–18.
- Frick, E.: Spiritual Care. Ein neues Fachgebiet der Medizin. In: *Z Med Ethik* 2009 (55:2), S. 145–150.
- Frick, E.: Wie arbeitet Spiritual Care? Zwölf Thesen für den aktuellen interdisziplinären Diskurs. In: *Spir Care* 2012 (1), S. 68–73.
- Frick, E. (2002): Glauben ist keine Wunderdroge. In: *Herderkorrespondenz* 56, S. 41–46.
- Frick, E. (2014a): Spiritual Care - ein Zeichen der Zeit? In: *Geist und Leben* (3), S. 275–288.
- Frick, E. (2014b): Spiritual Care. Eine neue Querschnittsaufgabe entsteht. In: Schaupp, W. u.a. (Hg.), *Gesundheitssorge und Spiritualität im Krankenhaus*. Innsbruck/Wien: Tyrolia, S. 55–68.

-
- Frick, E. (2014c): Wohin dreht der Spiritual Turn? In: Frick, E. & Hamburger, A. (Hg.) *Freuds Religionskritik und der "Spiritual Turn"*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Frick, E., Riedner, C., Fegg, M. J., Hauf, S. & Borasio, G.D.: A clinical interview assessing cancer patient's spiritual needs and preferences. In: *European Journal of Cancer Care* 2005 (15), S. 238–243.
- Funk, R. (2005): *Ich und Wir. Psychoanalyse des postmodernen Menschen*. München: DTV.
- Gäde, G. (1989): *Eine andere Barmherzigkeit. Zum Verständnis der Erlösungslehre Anselms von Canterbury*. Würzburg: Echter.
- Gärtner, St. (2016). Krankenhausseelsorge vor der Herausforderung Spiritual Care. *Praktische Theologie* 51.Jg., Heft 1, S. 50-58.
- Galuska, J.: Der weite Raum hinter den Dingen. In: *Connection 2* 2003, S. 22.
- Gasser, R. & Pfeifer, S. (2007): *Religiöser Wahn. Katamnestic Studie zum religiösen Wahnerleben*. Zürich: Lizentiatsarbeit am Psychologischen Institut der Universität Zürich.
- Gerwing, M. (2007): "Christliche Spiritualität" aus dogmatischer Perspektive. Einige Thesen. In: Möde, E., *Theologie der Spiritualität - Spiritualität der Theologie* (n). Eichstätter Studien. Regensburg: Friedrich Pustet, S. 77-94.
- Gisbertus Voetius (1664): *TA AKSETIKA sive Exercitia pietatis in usum juventutis academicae nunc edita*. Gorinchem.
- Glatzer, N. N. (1963): Buber als Interpret der Bibel. In: Schilpp, P.A. & Friedman, M. (Hrsg.) *Philosophen des 20. Jahrhunderts*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 346-363.
- Glock, C.Y (1969): Über die Dimensionen der Religiosität. In J. Matthes, *Kirche und Gesellschaft. Einführung in die Religionssoziologie*. Bd. II, (S. 150-168). Reinbek: Rowohlt.
- Gorday, P. J. (2000): The Self Psychology of Heinz Kohut: What's it all about Theologically? In: *Pastoral Psychology* 48, S. 445-467.
- Gratz, M. & Roser, T. (2014) (2014): *Spiritualität in der Medizin – ein Widerspruch?* In: M.W. Schnell & Ch. Schulz (Hg.): *Basiswissen Palliativmedizin*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Gross, P. (1994): *Die Multioptionsgesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Günes, S. (2010): Muslimische Anmerkungen zum interreligiösen Dialog in der säkularen Gesellschaft. In: Weiss, H., Federschmidt, K. & Temme, K. (Hrsg.) *Handbuch interreligiöse Seelsorge*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlagsgesellschaft, S. 41-70.
- Gutmann, H.-M. (2010): Differenz-Sensibilität und Differenz-Blindheit. Zwei Aufgaben der interkulturellen und interreligiösen Seelsorge. In: Weiss, H., Federschmidt, K. & Temme, K. (Hrsg.) *Handbuch interreligiöse Seelsorge*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag; S. 114-135.
- Habermas, J. (2001): *Glauben und Wissen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Habermas, J. (2005): Vopolitische Grundlagen des demokratischen Rechtsstaates? in: J. Habermas & J. Ratzinger (Hrsg.), *Dialektik der Säkularisierung. Über Vernunft und Religion*. Freiburg i.Br.: Herder, S. 15-37.
- Habermas, J. & Mendieta, E.: Ein neues Interesse der Philosophie an der Religion? Zur philosophischen Bewandnis von postsäkularem Bewusstsein und multikultureller Weltgesellschaft. In: *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, 2010, Vol.58(1), pp.3-16 2010 (58:1), S. 3–16.
- Hack, Th.F., Degner, L.F. & Dyck, D.G.: Relationship between preferences for decisional control and illness information among woman with breast cancer: a quantitative and qualitative analysis. In: *Soc Sci Med* 1994 (39:2), S. 279-289.
- Hagen, T. (2011): *Qualifizierungskurs Palliative Care für Seelsorgende. Curriculum und Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Hauschildt, E. (2013): 'Spiritual Care' - eine Herausforderung für die Seelsorge? In: *Materialdienst der EZW* 76 (3), S. 83–90.

Heckel, Th.: Die Seele im hellenistischen Judentum und frühem Christentum. In: Gasser G. & Quitterer, J. (Hg.), *Die Aktualität des Seelenbegriffs*. Paderborn: Schöningh, S. 327–342.

Hefti, R. (2012): Unterschiede in der Lebenserwartung von Frauen und Männern. Welche Rolle spielt die Religiosität? . In: *Spiritual Care* (2), S. 35–49.

Hegel, M.T., Collins, E.D., Kearing, S., Gillock, K.L., Moore, C.P. & Ashles, T.A.: Sensitivity and specificity of the distress thermometer for depression in newly diagnosed breast cancer patients. In: *Psychooncology* 2008 (17:6), S. 556–560.

Heller, A. (2014a): Christliche Krankenhausseelsorge: ein Spiegel für Spiritual Care? In: Heller, B. & Heller, A. (Hg.), *Spiritualität und Spiritual Care*. München: Huber.

Heller, A. (2014b): Spiritualität in der Hospizbewegung. In: Feinendegen, N. u.a. (Hg.) *Menschliche Würde und Spiritualität in der Begegnung am Lebensende*. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 191–212.

Heller, A. (2014c): Werde, der/die du bist: Auf der Suche nach Heilung. In: Heller, B. & Heller, A. (Hg.), *Spiritualität und Spiritual Care*. Bern: Hans Huber, S. 161–173.

Heller, B. (2014d): Spiritualität versus Religion/Religiosität. In: Heller, B. & Heller, A. *Spiritualität und Spiritual Care*. München: Huber, S. 47–68.

Heller, B. (2014e): Zwischen Bindung und Loslösung: weibliche und männliche Religiosität/Spiritualität. In: Heller, B. & Heller, A. (Hg.), *Spiritualität und Spiritual Care*. Bern: Hans Huber.

Heller, B. & Heller, A. (2011): Spiritualität und Spiritual Care. In: *Junge Kirche* 72 (4), S. 16–19.

Heller, B. & Heller, A. (2014): *Spiritualität und Spiritual Care. Orientierungen und Impulse*. Bern: Huber Verlag.

Hense, E. (2011): The quest for interdisciplinary theories on spirituality. In: Hense, E. und Maas, F. (Eds.) *Towards a theory of spirituality*. Leuven: Peeters Verlag.

Hense, E. (2014): Present-Day Spiritualities in confessional, popular, professional and aesthetic contexts: contrasts or overlap? In: *Present-Day Spiritualities, Contrasts and Overlaps*, Edited by Hense, E., Jaspers, F. & Nissen, P. Boston: Brill Verlag.

Hentschel, A. (2014): Theologische Begründungsansätze sozialen Handelns im Neuen Testament. In: Sigrist, Ch. & Rügger, H. (Hrsg). *Helfendes Handeln im Spannungsfeld theologischer Begründungsansätze*. Zürich: Theologischer Verlag TVZ, S. 15–43.

Hippokrates: Schriftenreihe Hippokrates: medizinische Forschungsergebnisse. In: *Periodika, Hamburg: Kovac* ISSN: 1435-6309.

Hofmann, B. Ekklesiologische Begründungsansätze von Diakonie. In: Sigrist, Ch. & Rügger, H. (Hrsg). *Helfendes Handeln im Spannungsfeld theologischer Begründungsansätze*. (2014). Zürich: Theologischer Verlag TVZ; S. 95–108.

Holland, J.C., Anderson, B., Breitbart, W.S., Compas, B., Dudley, M.M., Fleishman, S. et al.: NCCN distress management panel. In: *J Natl Compr Canc Netw* 2010 (8:4), S. 448–485.

Honecker, M.: Gesundheit als Heil? . In: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 2005 (10), S. 163–182.

Horn, Ch. (1995): *Augustinus*. München: Verlag C.H. Beck.

Huber, S. (2008b): Der Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T.). Kernkonzepte und Anwendungsperspektiven. In: *Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung* 31 (2), S. 38–39.

-
- Huber, S. (2008a): Der Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T.). Systematik und operationale Konstrukte. In Gräb, W. & Charbonnier (Hsg.), Individualisierung-Spiritualität-Religion. Transformationsprozesse auf dem religiösen Feld in interdisziplinärer Perspektive. Berlin: Lit, S. 137-171.
- Huber, S. (2003): Zentralität und Inhalt. Ein neues multidimensionales Messmodell der Religiosität. Opladen: Leske & Budrich.
- Huber, S. (2009): Religion Monitor. Structuring principles, operational constructs, interpretive strategies. In: What the world believes. Analysis and commentary on the Religion Monitor 2008. Gütersloh: Verlag Bertelsmann-Stiftung, S. 17-51.
- Huber, S. (2011): Religiosität in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: Klein, C., Berth, H. & Balck, F. (Hg.). Gesundheit - Religion - Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze. Weinheim/München: Juventa, S.163-188.
- Hughes, K.L., Sargeant, H. & Hawkes, A.L.: Acceptability of the Distress Thermometer and Problem List to community based telephone cancer helpline operators, and to cancer patients and carers. In: *BMC Cancer* 2011 (11:46), S. 1–8.
- Hutter, Ch. (2010): Religionen in post-traditionellen Zeiten. In: Weiss, H., Federschmidt, K. & Temme, K. (Hrsg.) Handbuch interreligiöse Seelsorge. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag, S. 54-70.
- Jasper, G. (2006): Theologiestudium in Tübingen vor 100 Jahren - im Spiegel der Briefe des Studienanfängers Paul Althaus an seine Eltern. In: *Zeitschrift für neuere Theologieggeschichte* 13 (2), S. 251–335.
- Jaspers, K. (1976): Was ist Philosophie? Ein Lesebuch. Hans Saner. München: Piper.
- Jenkins R. & Elliot, P. (2004): Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. In: *J Adv Nurs*. 2004, Dec. 48(6): 622-631.
- Josuttis, M. (2002): Religion als Handwerk. Zur Handlungslogik spiritueller Methoden. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Jung, C. G. (1963): Erinnerungen, Träume und Gedanken. Zürich/Stuttgart: Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie DGAP.
- Jung, C. G. (1967): Psychologische Typen, GW 6. Zürich/Stuttgart: Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie DGAP.
- Karle, I.: Perspektiven der Krankenhausseelsorge. Eine Auseinandersetzung mit dem Konzept der Spiritual Care. In: *Wege zum Menschen* 2010 (62), S. 537–555.
- Katholische Krankenhausseelsorge (2004): Qualitätsstandards. Ziele - Aufgaben - Voraussetzungen. Erarbeitet von der Konferenz Katholische Krankenhausseelsorge in Deutschland. Freiburg. Online verfügbar unter www.kgv-bremen.de/krankenhauseselsorge/Qualitaetsstandard.pdf.
- Katz, S. E. (1978): Language, Epistemology and Mysticism: In: ders. (Hrsg.), *Mysticism and Philosophical Analysis*. London: Sheldon Press.
- Katz, S. E. (1992): *Mysticism and Language*. New York: Oxford University Press.
- Katz, S.E (1983): The „Conservative Character of Mystical Experience. In: ders. (Hrsg.), *Mysticism and Religious Traditions*. New York: Oxford University Press.
- Kaufmann, W. (1963): Bubers religiöse Bedeutung. In: Schilpp, P.A. (Hrsg.) *Philosophen des 20. Jahrhunderts*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 588-594.
- Kermani, N. (2009): *Wer ist Wir? Deutschland und seine Muslime*. München: C.H.Beck.
- Kissane, D.W., Block, S., Smith, G.C. et al.: Cognitive-existential group psychotherapy for woman with primary breast cancer: a randomised controlled trial. In: *Psycho-Oncology* 2003 (12), S. 532–546.
- Klessmann, M.: Im Strom der Zeit. Von der evangelischen über die ökumenische zur interkulturellen Seelsorge und Spiritual Care. In: *Wege zum Menschen* 2014 (66), S. 5–18.

-
- Klessmann, M. (2006): Pastoralpsychologie. Ein Lehrbuch. 3. Auflage. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag.
- Klessmann, M. (2008): Seelsorge. Begleitung, Begegnung, Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens. Ein Lehrbuch. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag.
- Knieling, Reiner (2009): Was predigen wir? Eine Homiletik. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag.
- Koenig, H.G., George, L.K. & Siegler, I.C. (1988): The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. In: *Gerontologist* 28, S. 303–310.
- Kohli Reichenbach, C. (2012): Gleichgestaltet dem Bild Christi: Kritische Untersuchungen zur Geistlichen Begleitung als Beitrag zum Spiritualitätsdiskurs. Berlin: De Gruyter Verlag.
- Kohut, H. (1966): Formen und Umformungen des Narzissmus. In: *Psyche* 20, S. 561–587.
- König, H. G.: Concerns About Measuring „Spirituality“ in Research. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2008 (196:5), S. 349–355.
- Körnter, U. (2009): Spiritualität, Religion und Kultur - eine begriffliche Annäherung. In: Ders. u.a. (Hg.), *Spiritualität und Kultur am Krankenbett*. Wien/New York: Springer, 1-17.
- Kriz, J. (1989): Grundkonzepte der Psychotherapie. Eine Einführung. 2. durchgesehene Auflage. München: Psychologie-Verlags-Union.
- Kuhn, T. & Albecht-Birkner, V. (2017): *Zwischen Aufklärung und Moderne. Erweckungsbewegungen als historiographische Herausforderung*. Münster: LIT-Verlag.
- Kurzmann, Ch. (1998): Liberal Islam and its Islamic context. in: ders. (Hrsg.), *Liberal Islam*. New York: Oxford University Press.
- Lapide, P. (1983): Schuld und Vergebung im Judentum. In: M. Sievernicht & K.P. Seif (Hg.), *Schuld und Umkehr in den Weltreligionen*. Mainz: Grünewald, S. 43-60.
- Lazarus, R. S. (1991): *Emotion and Adaption*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984): *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Verlag.
- Lewis, Sh., Salins, N., Kadam, A. & Raghavendra, R.: Distress Screening Using Distress Thermometer in Head and Neck Cancer Patients Undergoing Radiotherapy and Evaluation of Causal Factors Predicting Occurrence of Distress. In: *Indian Journal of Palliative Care* 2013 (13:2), S. 88–92.
- Lindinger, H. C. (1970): Die Theologie und die Abwehrmechanismen. In: Weizsäcker, V. *Menschenführung: nach ihren biologischen und metaphysischen Grundlagen betrachtet*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Loretan, A., Weber, Q. & Morawa A.H.E. (2014): Die Anerkennung weiterer Religionsgemeinschaften in der Schweiz. Band 17. Zürich: ReligionsRecht im Dialog.
- Luckmann, T. (1967): *The Invisible Religion*. New York: MacMillan.
- Luhmann, N. (1970): *Soziologische Aufklärung. Soziologische Aufklärung 1. Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 83-115.
- Luhmann, N. (1977): *Funktion der Religion*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Luhmann, N. (1982): *Funktion der Religion*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Luhmann, N. (1987): *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Luhmann, N. (1990): *Identität - was oder wie? Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven*. 4. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 15-30.

-
- Luhmann, N. (2002): Einführung in die Systemtheorie. Hrsg. von Baecker, D. Heidelberg: Carl Auer Verlag.
- Luther, M.: Vorrede zu Bd. 1 der Wittenberger Ausgabe von 1539, WA 50, 658, 13-660.
- Luther, M.: Wochenpredigt über Matthäus 5-7. Hrsg: Prof. Dr. Christopher Spehr. In: *Lutherjahrbuch* 2009 (76), S. 258–262.
- Lynch, G. (2007): What in this „religion“ in the study of religion and popular culture? in: idem (Ed.), *Between sacred and profane: Researching religion an popular culture*. London: IB Tauris, S. 125-142.
- Magonet, J. (2010): Religion und interreligiöser Dialog. In: Weiss, H., Federschmidt, K. & Temme, K. (Hrsg.) *Handbuch interreligiöse Seelsorge*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlagsgesellschaft, S. 29-40.
- Maguire, R., Kotronoulas, G., Simpson, M. & Paterson, C.: A systematic review of the supportive care needs of woman living with and beyond cervical cancer. In: *Gynecologic Oncology* 2014 (<http://dx.doi.org/10.2016C/j.ygyno.2014.10.030>), S. 13 pages.
- Maier, K. (2007): Kirchengeschichte und Spiritualität. Historische Bezüge zu geistlichen Mentalitäten. In: Möde, E., *Theologie der Spiritualität - Spiritualität der Theologie* (n). Eichstätter Studien. Regensburg: Friedrich Pustet, S. 113-124.
- Mathwig, F.: Worum sorgt sich Spiritual Care? Bemerkungen und Anfragen aus theologisch-ethischer Sicht. In: Noth, I. & Kohli Reichenbach, C. (Hg.) *Palliatve und Spiritual Care*. Zürich: Theologischer Verlag TVZ, S. 23-42.
- Mayer, H. (2009): Die spirituelle Dimension pflegerischen Handelns. In: Körtner, U. Kopetzki, Ch. (Hrsg.). *Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin*. Band 3. Wien/New York: Springer Verlag, S. 71-80.
- McEvoy, M., Schlair, Sh., Sidlo, Z., Burton, W. & Milan, F.: Assessing Third-Year Medical Students' Ability to Address a Patient's Spiritual Distress Using an OSCE Case. In: *Acad Med* 2014 (89), S. 66–70.
- McIntosh, D.N., Silver, R& Wortman, C.B.: Religion's role in adjustment to a negative life event: soping with the loss of a child. In: *Journal of Personality and Social Psychology* 1993 (65), S. 812–821.
- Metz, J. B. (2000): Compassion. Zu einem Weltprogramm des Christentums im Zeitalter des Pluralismus der Religionen und Kulturen. In: Metz, J.B., Kuld, L. & Weisbrod, A. (Hrsg.) *Compassion, Weltprogramm des Christentums*. Freiburg/Basel/Wien: Herder, S. 9-18.
- Meyer, P. C. & Gruppe Public Mental Health (2010): Ergebnisse zur Nationalfonds-ÄrztInnenbefragung zur Arbeitszufriedenheit von Ärztinnen und ÄrztInnen in unterschiedlichen Praxiskontexten (ARAZ). Zürich: Psychiatrische Universitätsklinik.
- Miller, J.: Book Review: Textbook of Transpersonal Psychiatry and Psychology. In: *Psychiatric Services* 1998 (49), S. 541–542.
- Möde, E. (2007): Theologie der Spiritualität - Was ist das? Ein Beitrag zur Grundlagenforschung einer frag-würdigen Medizin. In: Möde, E., *Theologie der Spiritualität - Spiritualität der Theologie* (n). Eichstätter Studien. Regensburg: Friedrich Pustet, S. 11-22.
- Möller, Ch. (1995). *Geschichte der Seelsorge in Einzelporträts*. Band 2 von Martin Luther bis Matthias Claudius. Göttingen und Zürich: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Mohr, G., Rigotti, T. & Müller, A. (2005): Instrumente der Arbeits- und Organisationspsychologie. Irritation - ein Instrument zur Erfassung psychischer Beanspruchung im Arbeitskontext. Skalen- und Itemparameter aus 15 Studien. In: *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 49 (1), S. 44–48.
- Monod, S.M., Rochat, E., Büla, Ch. J., Jobin, G., Martin, E. & Spencer, B.: The spiritual distress assessment tool. In: *BMC Geriatrics* 2010 (10:88), S. 1–9.

-
- Monod, St., Brennan, M., Rochat, E., Martin, E., Rochat, St. & Büla, Ch.J.: Instruments Measuring Spirituality in Clinical Research: A Systematic Review. In: *J Gen Intern Med*. 2011 (26:11), S. 1346–1357.
- Monsalve-Reyes, C.S., San Luis-Costas, C. et. al. (2018): Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. In: *BMC Fam Pract*. 2018; 19-59.
- Morgenthaler, Ch. (2009): Seelsorge: Lehrbuch praktische Theologie. Band 3. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Müller M., Radbruch, L. & Kern, M. (2014): Spirituelle Begleitung im Hospiz- und Palliativkontext - eine Frage der Qualität. 11 Thesen zur Spiritualität. Online verfügbar unter www.monikamueller.com, zuletzt aktualisiert am August 2014.
- Murken, S.: Religionspsychologie in Deutschland: eine Bestandesaufnahme. In: *Wege zum Menschen* 2002 (54), S. 185–196.
- National Comprehensive Cancer Network: NCCN Guidelines Distress Management. 2014 (Version 2. 2014).
- Nationale Leitlinien Palliative Care: Hg. Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GKD). Bern 2010.
- Nauer, D. (2001). Seelsorge im Widerstreit. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Nauer, D. (2014): Seelsorge. Sorge um die Seele. 3. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Nauer, D. (2015): Spiritual Care statt Seelsorge? . Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Neckel, S. (2000): Identität als Ware. Die Marktwirtschaft im Sozialen. in: Neckel (Hg.) Die Macht der Unterscheidung. Essays zur Kulturosoziologie der modernen Gesellschaft. Frankfurt/New York: Springer.
- Nelson-Becker, H.: Development of a Spiritual Support Scale for Use with Older Adults. In: *Journal of Human Behavior in the Social Environment* 2008 (11:3-4), S. 195–212.
- Nietzsche, F. (1963): Aus dem Nachlass der Achtzigerjahre. In: Schlechta, K. (Hrsg.) Werke in fünf Bänden. 2. Auflage. Band 3. Frankfurt am Main.
- Norris, P. & Inglehart, R. (2004): Sacred and Secular. Religion and Politics Worldwide. Cambridge: University Press.
- Noth, I. (2014): Seelsorge und Spiritual Care. In: Noth, I. & Kohli Reichenbach, C. (Hg.), Palliative und Spiritual Care. Zürich: Theologischer Verlag TVZ.
- Oden, T. C.: Contemporary Theology and Psychotherapy. Philadelphia Westminster.
- Oliner, S. P. & Oliner, P.M. (1988): Altruistic Personality: Rescuers Of Jews In Nazi Europe. New York: Free Press.
- Probst, S.M (2018): Jüdische Spiritualität in der Palliative Care. In: Zeitschrift 2018; 7(2): 188.
- Pargament, K.I. & Ano, G.G.: Spiritual resources and struggles in coping with medical illness. In: *Southern Medical Journal* October 2006 (99:10), S. 1161–1162.
- Pargament, K.I., Ensing, D.S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., Van Haitsma, K.V. & Warren, R.: God help me: Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. In: *American Journal of Community Psychology* 1990 (18), S. 793–824.
- Pargament, K.I., Koenig, H.G., Tarakeshwar, N. & Hahn, J.: Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. In: *Journal of Health Psychology* 2004 (9:6), S. 713–730.
- Park, C.L., Moehl, B., Fenster, J.R., Suresh, D.P. & Bliss, D.: Religiousness and treatment adherence in congestive heart failure patients. In: *Journal of Religion, Spirituality and Aging* 2008 (20:4), S. 249–266.

-
- Park, C.L., Wortmann, J.H. & Edmondson, D.: Religious struggle as a predictor of subsequent mental and physical well-being in advanced heart failure patients. In: *Journal of Behavioral Medicine* 211 (34:6), S. 426–436.
- Peng-Keller, S. (2007): Christliche Passionsmeditation als Schule der "Compassion". In: Dalferth, I.U. & Hunziker, A. (Hrsg.) unter Mitarbeit von A. Anker, Mitleid. Tübingen: Mohr Siebeck, S. 307-342.
- Peng-Keller, S. (2011): Theologie der Spiritualität als Hermeneutik des geistlichen Lebens. In: *Geist und Leben* 84 (3), S. 236–249.
- Peng-Keller, S. (2012): Geistreiche Theologie zu geistbestimmtem Leben? In: Runz, R. & Kohli Reichenbach, C. (Hg). *Spiritualität im Diskurs. Spiritualitätsforschung in theologischer Perspektive*. 4. Band. Zürich: Theologischer Verlag, S. 37-53.
- Platon (1959): Phaidon. In: Dirlmeier, F. 2. Auflage. München: Heimeran.
- Prischnig, M. (2009): Die Zweidimensionale Gesellschaft. Ein Essay zur neokonsumistischen Geisteshaltung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Puchalski, C.M., Ferrel, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P. & Bull, J.: Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. In: *J Palliat Med* 2009 (12), S. 885–905.
- Rahner, K. (1954-1984): Schriften zur Theologie. 16 Bände. Einsiedeln, Zürich, Köln.
- Rahner, K. (1966): Grundentwurf einer theologischen Anthropologie. in: Arnold, F.-X. & Rahner, K. (Hrsg.), *Handbuch der Pastoraltheologie*. Band II/1. Freiburg: Herder.
- Raschzok, K. (2012): Zur Wiederentdeckung einer Disziplin der akademischen Praktischen Theologie und ihrer Forschungs- und Lehrgestalt. In: Kunz, R. & Kohli Reichenbach, C. (Hg). *Spiritualität im Diskurs. Spiritualitätsforschung in theologischer Perspektive*. Band 4. Zürich: Theologischer Verlag, S. 13-36.
- Reiss, W. (2010): Schuld und Versöhnung im Judentum, Islam und Buddhismus. In: Weiss, H., Feder-schmidt, K. & Temme, K. (Hrsg.) *Handbuch interreligiöse Seelsorge*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag, S. 162-178.
- Remmers, H. (2014): Palliative Care und Spiritual Care. In: Pantel, J. (Hg.), *Praxishandbuch Altersmedizin*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 708-715.
- Richards, P.S. & Bergin, A.E. (2005): *A spiritual strategy for counselling and psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.
- Roberts, R. (2007): Compassion as an Emotion and Virtue. In: Dalferth, I.U. & Hunziker, A. (Hrsg.), *Mitleid*. Tübingen: Mohr Siebeck, S. 119-138.
- Roser, T. (1996): Protestantismus und soziale Marktwirtschaft. Eine Studie am Beispiel Franz Böhms (= Entwürfe, Band 6). Dissertation. Universität München 199, Münster 1998. ISBN 3-8258-3445-X.
- Roser, T. (2007): *Spiritual Care. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhausseelsorge. Ein praktisch-theologischer Zugang*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Roser, T. (2009a): Innovation Spiritual Care: Eine praktisch-theologische Perspektive. In: Frick, E. & Roser, T. (Hrsg.), *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 45-55.
- Roser, T. (2009b): Spiritual Care - neuere Ansätze seelsorglichen Handelns. In: Körtner, U. u.a. (Hg.), *Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett*. Wien: Springer, S. 81-90.
- Roser, T. (22.02.2011): Spiritual Care. Herausforderungen im Gesundheitssystem für (kirchliche) Seelsorge. Frühjahrskonvent der KrankenhausseelsorgerInnen in der Evangelischen Kirche im Rheinland. Nümbrecht-Bierenbachtal.

-
- Roser, T. (2012): Spiritualität und Gesundheit. Überlegungen zur Bedeutung eines unbestimmten Begriffs im interdisziplinären Diskurs. In: Kunz, R. & Kohli Reichenbach, C., Spiritualität im Diskurs. Spiritualitätsforschung in theologischer Perspektive. 4. Band. Zürich: Theologischer Verlag TVZ, S. 227-240.
- Roser, T. (2013): Seelsorge und Spiritual Care. In: M. Klessmann (Hrsg.) Handbuch der Krankenhaus-seelsorge. 2. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Roser, T. & Gratz, M. (2011): Spiritualität in der Sterbebegleitung. In: Kränzle, S. u.a. (Hg.): Palliative Care. 4. Auflage. Heidelberg/Berlin: Springer.
- Rüegger, H. & Sigrist, Ch. (2014): Zur schöpfungstheologischen Begründung von Diakonie: In: Sigrist, Ch. & Rüegger, H. (Hrsg). Helfendes Handeln im Spannungsfeld theologischer Begründungsansätze. Zürich: Theologischer Verlag TVZ, S. 65-79.
- Ruhbach, G. (1987): Theologie und Spiritualität. Beiträge zur Gestaltwerdung des christlichen Glaubens. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sapp, G. L. (1993): The Psychology of Religious Compassion. In: Ders. (Hrsg.), Compassionate ministry. Birmingham/Alabama, S. 64-94.
- Scharfenberg, J. (1980): Seelsorge als Gespräch: zur Theorie und Praxis der seelsorglichen Gesprächsführung. Serie: Handbibliothek für Beratung und Seelsorge. 8, 3. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schneider, G. (1978): Überlegungen zur Identität des Sünders. Eine Auseinandersetzung mit dem Konzept psychosozialer Identität E.H. Eriksons. In: *NZStH* 20, S. 237–252.
- Schneider-Harpprecht, Ch. (2002): Was ist interkulturelle Seelsorge? Eine praktisch-theologische Annäherung. In: Federsmidt, K. u.a. (Hrsg.), Handbuch interkulturelle Seelsorge. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag, S. 38-62.
- Schockenhoff, E. (1987): Bonum hominis. Die anthropologischen und theologischen Grundlagen der Tugendethik des Thomas von Aquin. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Schreiner, S. (2001): Art. Sünde III. Judentum, in: Theologische Realenzyklopädie. Band 32: De Gruyter; S. 372-375.
- Schwartz, S. H. (1992): Universals in the Content and Structure of Values: Theoretical Advances and Empirical Tests in 20 Countries. In: *Advances in Experimental Social Psychology* (25), S. 1–65.
- Schweizer, E. & Noth, I. Spiritual Care aus Sicht von Seelsorgenden. Ein explorativer Überblick zu Spiritual Care aus der Sicht der Seelsorge. In: Noth, I., Wenz, G. & Schweizer, E.: Pastoral and Spiritual Care across Religions and Traditions. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schwendemann, W. (1996): Leib und Seele bei Calvin : die erkenntnistheoretische und anthropologische Funktion des platonischen Leib-Seele-Dualismus in Calvins Theologie. Stuttgart: Calwer.
- Seils M.: Die Sache Luthers. In: *Lutherjahrbuch* 1985 (52), S. 64–80.
- SEK: Dem Anvertrauten Sorge tragen. Das Berufsgeheimnis in der Seelsorge. Handreichung 2016.
- Seyyar, A. (2012): Seelsorge in islamischer Tradition. In: Wenz, G. & Kamran, T. (Hrsg.) Seelsorge und Islam in Deutschland. Herausforderungen, Entwicklungen und Chancen: Verlagshaus Speyer GmbH; S. 35-44.
- Singer, S., Bringmann, H. Hauss, J., Kortmann, R-D., Köhler, U., Krauss, O. & Schwarz, R.: Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. In: *Dtsch Med Wochenschr* 2007 (132), S. 2071–2076.
- Soo, H. & Sherman, K.A.: Rumination, psychological distress and post-traumatic growth in woman diagnosed with breast-cancer. In: *Psycho-Oncology* 2014 (20:4), S. 1–10.
- Stace, W. T. (1961): Mysticism and Philosophy. London: Macmillan Verlag.

Stark, R.: Secularization, R.I.P. In: *Sociology of Religion* 1999 (60:3), S. 249–273.

Steinkamp, H. (2007): Compassion als diakonische Basiskompetenz. In: Herrmann, V. (Hrsg.), *Diakonische Existenz im Wandel. "Hephata - öffne dich"*. Heidelberg: DWI-Info Nr. 39, S. 99-110.

Sterba, K. R., Zapka, J., Gore, E.I., Ford, M.E., Ford, D.W., Thomas, M. & Wallace, K.: Exploring Dimensions of Coping in Advanced Colorectal Cancer: Implications for Patient-Centred Care. In: *Journal of Psychosocial Oncology* 2013 (31), S. 517–539.

Stevens Barnum, B. (2002): *Spiritualität in der Pflege*. Aus dem Amerikanischen von Elisabeth Müller. Bern/Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.

Stiegler, S. (2012): Spiritual Care - eine Handlungsfrage. In: *Geistesgegenwärtig pflegen*. Hg. v. Diakonischen Werk der EKD. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlagsgesellschaft.

Stollberg, D. (1969): *Therapeutische Seelsorge. Die amerikanische Seelsorgebewegung*. München: Chr. Kaiser Verlag München.

Stolz, J., Könemann, J., Schneuwly, P., Englberger, T. & Krüggeler, M. (2014): *Religion und Spiritualität in der Ich-Gesellschaft. Vier Gestalten des (Un-)Glaubens*. Beiträge zur Pastoralsoziologie (SPI-Reihe 16). Zürich: Theologischer Verlag TVZ.

Surzykiewicz, J. (2012): Spiritualität und Religion: Eine untrennbare Beziehung oder ein ungleiches Paar? Religionspsychologische Betrachtungen auf Grundlage der englischsprachigen Literatur. In: Möde, E., *Theologie der Spiritualität - Spiritualität der Theologie* (n). Eichstätter Studien. Regensburg: Friedrich Pustet, S. 209-232.

Taylor, C. A.: *Secular Age*. (Cambridge: Belknap, Harvard University Press) 1-22., Cambridge: Belknap: Harvard University Press, S. 1-22.

Terzani, T. (2007): Noch eine Runde auf dem Karussell: Vom Leben und Sterben (Un altro giro die giostra.) *Viaggio nel male e nel bene del nostro tempo*, 2004, dt.) . 3. Auflage. Hamburg: Hoffmann & Campe.

Theissen, G. (1990): Legitimationskrise des Helfens und der barmherzige Samariter. In: Röckle, G. (Hrsg.), *Diakonische Kirche : Sendung, Dienst, Leitung : Versuche einer theologischen Orientierung*, Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag, S. 46-76.

Theissen, G. (2001): *Die Religion der ersten Christen. Eine Theorie des Urchristentums*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Theissen, G. (2008): Die Bibel diakonisch lesen: Die Legitimitätskrise des Helfens und der barmherzige Samariter. In: V. Hermann & M. Horstmann (Hg.) *Studienbuch Diakonie*, Bd. 1: Biblische, historische und theologische Zugänge zur Diakonie. 2. Auflage. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlagsgesellschaft.

Thurneysen, E. (1948): *Die Lehre von der Seelsorge*. 7. Auflage 1994. Zürich: Theologischer Verlag TVZ.

Tillich, P. (1953): *Der Mut zum Sein*. Stuttgart: Steingrüben.

Tillich, P. (1966): *Systematische Theologie. Das Leben und der Geist. Die Geschichte und das Reich Gottes*. Bd. III. Stuttgart: Evangelisches Verlagswerk.

Tillich, P. (1970): Der Einfluss der Psychotherapie auf die Theologie. *Ges. Werke VIII*. Stuttgart, S325-335.

Utsch, M.: Religionspsychologie: Ein Forschungsüberblick. Research Report. In: *IJPT* 2008 (12), S. 308–356. Online verfügbar unter Walter de Gruyter.

Utsch, M. & Klein, C. (2011): Religion, Religiosität, Spiritualität. In: Klein, C., Berth, H. & Balck, F. (Hg.). *Gesundheit - Religion - Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim/München: Juventa, S. 25-45.

van der Geest, H. (1981): *Unter vier Augen. Beispiele gelungener Seelsorge*. Zürich: Theologischer Verlag TVZ.

Vonessen, F.: *Gesund/Gesundheit*. In: *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, 1974, 3, S. 559–561.

Wagemann, G. (2005). *Der religiöse Hintergrund von Patienten aus unterschiedlichen Kulturen. Ein Leitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Berater und Betreuer*. Berlin: WVB-Verlag.

Wahl, H. (1994): *Glaube und symbolische Erfahrung. Eine praktisch-theologische Symboltheorie*. Freiburg: Herder.

Wehr, G. (2007): *Protestantische Mystiker - Luther, Müntzer, Böhme*. In: Möde, E., *Theologie der Spiritualität - Spiritualität der Theologie* (n). Eichstätter Studien. Regensburg: Friedrich Pustet, S. 143-152.

Weiher, E. (2014): *Spiritualität und Würdeempfinden. Möglichkeiten spiritueller Begleitung am Lebensende*. In: Feinendegen, N. u.a. (Hg.), *Menschliche Würde und Spiritualität*. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 411-424.

Weiss, H. (2010): *Grundlagen interreligiöser Seelsorge*. In: Weiss, H., Federschiedt, K. & Temme, K. (Hrsg.) *Handbuch interreligiöse Seelsorge*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlagsgesellschaft; S. 73-96.

Wenz, G. (2012): *Seelsorge und Islam in Deutschland. Eine Bestandesaufnahme*. In: Wenz, G. & Kamran, T. (Hrsg.) *Seelsorge und Islam in Deutschland. Herausforderungen, Entwicklungen und Chancen*: Verlagshaus Speyer GmbH; S. 45-54.

Wenz, G. & Kamran, T. (2012): *Seelsorge und Islam in Deutschland. Herausforderungen, Entwicklungen und Chancen*: Verlagshaus Speyer GmbH.

WHO (22.07.1946): *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, vom Ratifikationsurkunde von der Schweiz hinterlegt am 29.03.1947. Von der Bundesversammlung genehmigt am 19.12.1946. Für die Schweiz in Kraft getreten am 07.04.1948*.

WHO (2013): *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*. Online verfügbar unter http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77084/1/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.01_eng.pdf, zuletzt aktualisiert am August 2013.

Winter-Pfändler, U. & Morgenthaler, Ch. (2010): *Wie zufrieden sind Patientinnen und Patienten mit der Krankenhausseelsorge? Entwicklung eines Fragebogens und erste Resultate einer Untersuchung in der Deutschschweiz*. *Wege zum Menschen* 62. Jg., 570-584.

Winter-Pfändler, U. & Morgenthaler, Ch. (2010): *Rolle und Aufgabe der Krankenhausseelsorge in den Augen von Stationsleitungen. Eine Untersuchung in der Deutschschweiz*. *Wege zum Menschen* 62. Jg., 585-597.

Wittgenstein, L. (1959): *Philosophical investigations*. Oxford: Blackwell.

Wolff, H. W. (1977): *Anthropologie des Alten Testaments*. München.

World Health Organization (WHO) (1993): *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*.

Young, W.C., Nadarajah, S.R., Skeath, P.R. & Berger, A.M. (2014): *Spirituality in the context of life-threatening illness and life-transforming change*. In: *Palliative and Supportive Care* 2014, S. 1–8.

Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Corbow, B., Hooker, C. & Piantadosi, S.: *The prevalence of psychosocial distress by cancer site*. In: *Psycho-Oncology* 2001 (10), S. 19–28.

Zimmerling, P. (2003): *Evangelische Spiritualität. Wurzeln und Zugänge*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Zimmerling, P. (2012): Integration der Spiritualität in das Studium der evangelischen Theologie. In: Kunz, R. & Kohli Reichenbach, C., Spiritualität im Diskurs. Spiritualitätsforschung in theologischer Perspektive. 4. Band. Zürich: Theologischer Verlag TVZ, S. 125-142.

Zumstein, J.: Seele.(2007): Christentum. In: Betz, H.P. u.a., Religion in Geschichte und Gegenwart. (RGG). 4. Auflage. Tübingen: Mohr-Siebeck, Band 7 R-S, S. 1100-1101.

Zwingmann, Ch. (2005): Erfassung von Spiritualität/Religiosität im Kontext der gesundheitsbezogenen Lebensqualität: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, (55), S. 243.

Curriculum Vitae der Verfasserin Dr. phil. Regula Gasser

geboren am 19.12.1972 in Belp/Bern

Studium / Ausbildung

08.2016 – 01.2018

CAS Health Care Management

Institut für Systemisches Management und Public Governance
HSG St. Gallen

06.2014 – 05.2019

Doktorat in Theologie mit Schwerpunkt Spiritual Care

Projektleitung im SNF-Nationalfonds-Forschungsprojekt „Interprofessionelle Zusammenarbeit in Spiritual Care“ an der Universität Zürich in Kooperation mit dem Kantonsspital Baden AG.

Die vorliegende Dissertation wurde genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. Ralph Kunz und Prof. Dr. Isabelle Noth im Mai 2019.

09.2011 – 03.2014

Bachelor und Masterstudium in Theologie

03.2008 – 10.2010

Doktorat in Klinischer Psychologie

angenommen auf Antrag von Prof. Dr. Brigitte Boothe und Prof. Dr. Andreas Maercker an der Universität Zürich in Kooperation mit dem Inselspital Bern

Titel der Dissertation: „Sterbende Patienten begleiten. Eine Herausforderung für Fachpersonen und Angehörige“

10.2002 – 10.2007

Lizentiat in Klinischer Psychologie

Vertiefung an der Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse der Universität Zürich (Prof. Dr. Brigitte Boothe)

10.1991 – 04.1995

Krankenschwester AKP

an der Schule für Allgemeine Krankenpflege Bethesda, Basel

Berufliche Tätigkeit

seit 09.2019

Betriebspsychologin

Solothurner Spitäler AG

seit 10.2018

Beauftragte Spiritual Care (10%)

Kantonsspital Aarau

seit 06.2014

Dozentin, Lehrbeauftragte in verschiedenen Institutionen